



Universidad Autónoma de Madrid
Departamento de Organización de Empresas

Tesis doctoral

LA EFICIENCIA DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS: ESTUDIOS DE CASOS EN CHILE 2000-2010

Doctorando

Eduardo Ignacio Díaz Muñoz

Director

Jesús Rodríguez Pomeda

(Mayo-2015)

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

Agradecimientos

Quisiera agradecer a los profesionales que fueron apoyo en este proceso de levantamiento de información, análisis de los mismos y muy especialmente a las siguientes personas:

A la Cecilia Romeu, Médico y Sectorialista de Salud en estos procesos en el del Ministerio de Planificación de Chile hoy Ministerio de Desarrollo Social.

A Héctor San Martín, encargado de Inversiones y de estos estudios del Ministerio de Salud de Chile en estos procesos.

A Héctor Maldonado, Médico anestesista y Director del Hospital de Santa Cruz durante el proceso de los estudios.

A Milton Moya, Médico familiar y actual Director del Servicio de salud Araucanía Sur.

Amigos, muchas gracias por la alta discusión intelectual durante los procesos de levantamiento análisis y revisión integrada de los estudios así como también por la construcción de una gran amistad que se mantiene y perdurará por siempre.

Dedicatoria

Quisiera dedicar esta tesis a mi familia, mi esposa Marlyn Orietta a mis hijos, Marlyn Arlette, Alexandra Katherine y Eduardo Andrés a quienes les robe momentos importantes de su vida para poder construir este documento que sistematiza los sueños a los cuales siempre los he invitado a vivir.

A mi Madre, Mariana y mis hermanos Bernardo, Rossana y Jheimmy, quienes me han dado siempre su amor y apoyo incondicional.

Especialmente dedico este trabajo a mi padre Bernardo Ignacio Díaz castillo, que en sus últimos momentos de vida me guió a la pregunta que es el pilar fundamental de esta investigación y sobre la cual se construyeron los análisis y enfoques que permiten clarificar de mejor forma el rol de la gestión pública dentro de la sociedad y en particular el de los hospitales, gracias papá siempre has sido mi compañía.

Contenido

Capítulo I. Introducción	10
1.1 Justificación del Proyecto de Investigación.....	10
1.2 Objetivos.....	11
1.2.1 Objetivo general.	11
1.2.2 Objetivos específicos.	11
1.3 Metodología General	12
1.4 Estructura del Trabajo	12
Capítulo II. Fundamentos Teóricos	14
2.1 Calidad en Salud.....	14
2.2.1 ¿Qué es calidad en salud?.....	15
2.2 Procesos y Modelos de Medición.....	18
2.3 Eficiencia Hospitalaria	20
Capítulo III. Revisión Bibliográfica de los Sistemas de Salud en el Mundo	23
3.1 Reformas Sanitarias y sus Avances	23
3.2 Sistemas de Salud en Europa	28
3.3 Sistema de Salud en Asia.....	30
3.4 Sistemas de Salud en Estados Unidos – Canadá	31
3.5 Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe	33
3.6 Sistema de Salud en Chile.....	35
3.6.1 Organización y avances en salud.	35
3.6.2 El mercado de la salud.	37
Capítulo IV. Metodología de Investigación.....	42
4.1 Justificación de las Propositiones y Selección de Casos.....	42
4.2 Hipótesis de Trabajo	44
4.3 Descripción Metodológica General	45
4.3.1 Metodología general de red de atención.	45
4.3.2 Metodología general de estudio hospitalario.....	47
4.4 Descripción Metodológica Específica.....	51
4.4.1 Diagnóstico de prestaciones y población.....	52
4.4.2 Recursos humanos.....	63
4.4.3 Recursos financieros.	66
4.4.4 Diagnóstico organizacional y modelo de gestión.	69
4.4.5 Otros diagnósticos.	72

4.5 Optimización y Demanda de Prestaciones	72
4.5.1 Optimización.....	73
4.5.2 Cálculo de demanda.	74
4.6 Evaluación de Alternativas y Selección de Propuesta.	75
4.7 Instrumentos de Levantamiento de Datos para el Análisis y la Evaluación.	77
4.7.1 Análisis cuantitativo.....	77
4.7.2 Validaciones estadísticas para análisis de datos.....	81
4.7.3 Análisis cualitativo.....	81
Capítulo V. Resultados.....	84
5.1 Caracterización de Hospitales Estudiados	84
5.2 Diagnóstico de Red Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN).....	85
5.2.1 Breve reseña de los hospitales.....	85
5.2.2 Resultados.	87
5.3 Estudios de Pre-inversión Hospitalaria (EPH)	89
5.3.1 Breve reseña de hospitales	89
5.3.2 Resultados.	95
5.4 Problemas Identificados en los Hospitales	97
5.5 Análisis de Procesos.....	102
5.5.1 Mapa de procesos integrados.	103
5.5.2 Variables que influyen en los productos finales.....	104
5.5.3 Flujo de procesos origen-destino.....	109
5.6 Sistema de Relaciones Funcionales y Encadenamientos Productivos.....	114
5.7 Resultados del Proceso de Optimización.	117
Capítulo VI. Discusión	119
Capítulo VII. Conclusiones.....	129
Referencias	140

Cuadros

Cuadro 1 <i>Conceptos de calidad</i>	16
Cuadro 2 <i>Dimensiones de calidad para la elaboración de indicadores de desempeño hospitalario según selección de agencias</i>	19
Cuadro 3 <i>Estadísticas mundiales en salud (selección de indicadores)</i>	25
Cuadro 4 <i>Características de los sistemas de salud en Europa</i>	28
Cuadro 5 <i>Indicadores de salud de Chile</i>	36
Cuadro 6 <i>Composición de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), empresas relacionadas y participación de cotizantes</i>	37
Cuadro 7 <i>Inversión de hospitales concesionados y priorizados período 2014 - 2018</i>	39
Cuadro 8 <i>Criterios para seleccionar los casos estudiados</i>	43
Cuadro 9 <i>Poblaciones objetivo por especialidad</i>	53
Cuadro 10 <i>Criterios de optimización general</i>	54
Cuadro 11 <i>Etapas y componentes de Diagnóstico Organizacional y Modelo de Gestión</i> ...	70
Cuadro 12 <i>Ámbitos analizados, evaluación de alternativas, resultados y métodos</i>	76
Cuadro 13 <i>Resultados de Estudio de Red SSMN</i>	88
Cuadro 14 <i>Resultados de los análisis de EPH</i>	96
Cuadro 15 <i>Problemas y dificultades observadas</i>	98

Ilustraciones

<i>Ilustración 1.</i> Enfoques del concepto calidad y modelos para su medición.....	21
<i>Ilustración 2.</i> Organización sistema de salud Chile.	35
<i>Ilustración 3.</i> Resultados financieros sistema de salud previsional (ISAPRES).....	38
<i>Ilustración 4.</i> Modelo general para estudios de red.....	46
<i>Ilustración 5.</i> Etapas y modelo metodológico estudios EPH.	47
<i>Ilustración 6.</i> Diagnóstico de prestaciones de procesos principales..	56
<i>Ilustración 7.</i> Diagnóstico de prestaciones de servicios de apoyo..	61
<i>Ilustración 8.</i> Diagnóstico de Recursos Humanos.....	64
<i>Ilustración 9.</i> Diagnóstico Recursos Financieros..	67
<i>Ilustración 10.</i> Coeficientes a ser optimizados.....	74
<i>Ilustración 11.</i> Secuencia de determinación de Proyección de Prestaciones.	75
<i>Ilustración 12.</i> Tablas de trabajo diagnóstico y optimización.....	78
<i>Ilustración 13.</i> Casos estudiados y regiones.....	84
<i>Ilustración 14.</i> Servicio de Salud Región Metropolitana (SSMN).....	87
<i>Ilustración 15.</i> Mapa de procesos integrado.....	103
<i>Ilustración 16.</i> Variables que influyen en los procesos y productos hospitalarios.....	105
<i>Ilustración 17.</i> Diagrama de relaciones origen-destino en la Atención Consultas Médicas de Especialidad.	110
<i>Ilustración 18.</i> Diagrama de relaciones origen-destino Atención de Hospitalización.....	111
<i>Ilustración 19.</i> Diagrama de relaciones origen-destino Consultas de Urgencia.	113
<i>Ilustración 20.</i> Sistema de relaciones funcionales y encadenamiento hospitalario público.....	115
<i>Ilustración 21.</i> Factores sistémicos que influyen en la eficiencia hospitalaria.	124
<i>Ilustración 22.</i> Modelo de eficiencia hospitalario.	137

Anexos

Anexo 1 Grupo de países por regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) según regiones.	149
Anexo 2 Gasto en salud en el Mundo, Informe Organización Mundial de la Salud (OMS)151	
Anexo 3 Hitos de la salud en Chile	152
Anexo 4 Enfoque conceptual para diseño de organizaciones.....	155
Anexo 5 Instrumentos para Diagnóstico variables cualitativas.....	161
Anexo 6 Criterios referenciales para optimización.	193
Anexo 7 Tablas de análisis estadístico.	206
Anexo 8 Tablas de levantamiento de información análisis cuantitativo	208
Anexo 9 Estudio de diagnóstico red de SSMN, objetivos-Estructura de contenidos- tablas relevantes.	209
Anexo 10 Detalle de estudios Estudios de pre-inversión Hospitalaria (EPH)	265
Anexo 11 Síntesis de análisis de categorización Hospital Rancagua.....	266
Anexo 12 Informe global diagnóstico organizacional.....	274
Anexo 13 Consolidado del reporte de informática.	288
Anexo 14 Procesos hospitalarios bajo enfoque origen-destino de pacientes (ejemplo)....	296

Glosario de Acrónimos

AA	Atención Abierta (Servicios Ambulatorios)
AC	Atención Cerrada (Servicios de Hospitalización)
AHO	Analytic Hierarchy Process (Proceso Analítico de Jerarquía)
AU	Atención de Urgencia
BM	Banco Mundial
CAE	Costo Anual Equivalente
CASEN	Caracterización Socioeconómica Nacional
CESFAM	Centro de Salud Familiar
CIE-10	La décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental realizada por la OMS
CME	Consultas Médicas de Especialidad
CMU	Consultas Médicas de Urgencia
DEA	Data Envelopment Analysis (Análisis Envolvente de Datos)
EFQM	European Foundation for Quality Management (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad)
EPH	Estudios de Pre-inversión Hospitalaria
EUR	Escala Única de Remuneraciones
FF. AA.	Fuerzas Armadas
FMI	Fondo Monetario Internacional
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GES	Garantías Explícitas de Salud
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
IPC	Índice de Precios al Consumidor
IQ	Intervenciones Quirúrgicas
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional
ISO	International Organization for Standardization (Organización Internacional de Normalización)
JCAH	Joint Commission on Accreditation Hospitals
LAC	América Latina y el Caribe
MAI	Modalidad de Atención Institucional
MBQA	Malcolm Baldrige National Quality Award (Premio Nacional a la Calidad Malcolm Baldrige)
MINSAL	Ministerio de Salud
MLE	Modalidad Libre Elección
MOP	Ministerio de Obras Públicas
NHS	National Health Service (Servicio Nacional de Salud)
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OFA	Oficial Administrativo
OMS-WHO	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PATH	Evaluación del Desempeño para el Mejoramiento de la Calidad en Hospitales
PDE	Promedio de Días de Estada
PIB	Producto Interno Bruto
PUAA	Población Usaria de Atención Abierta

PUAC	Población Usuaría de Atención Cerrada
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RUN	Rol Único Nacional o tarjeta de identificación nacional.
SAPU	Servicio de Atención Primaria de Urgencia
SECA	Sociedad Española de Calidad
SIGFE	Sistema de Gestión Financiera del Estado
SNS	Sistema Nacional de Salud
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud
SOME	Servicio de Orientación Médico Estadístico
SS	Servicios de Salud Regionales
SSMN	Servicio de Salud Metropolitano Norte
SSS	Servicio de Seguro Social
TIR	Tasa Interna de retorno
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UNI	Unidad Intermedia de Medicina. (Manejo de Agudos).
UTI	Unidad de Tratamiento Intermedio
VAC	Valor Actual de Costos
VAN	Valor Actual Neto

Capítulo I. Introducción

1.1 Justificación del Proyecto de Investigación

Durante los últimos 30 años el Sector Salud ha vivido una serie de transformaciones en gran parte de los países del mundo. Ejemplo de ello es que en los últimos 5 años, Estados Unidos y China han avanzado con reformas estructurales en sus sistemas. Las principales razones que han motivado estas reformas son las inequidades reflejadas en los países y la necesidad de instalar sistemas de salud como un derecho universal y equitativo, aspectos que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) ha definido constantemente como recomendaciones a los diferentes países miembros. Los cambios epidemiológicos, el aumento de adultos mayores multimórbidos y la fuerte influencia en costos (Portela y Thomas, 2013) que esto genera, presionan a los países a repensar constantemente sus sistemas.

La crisis financiera no hace más que complejizar el escenario, haciendo que los países, particularmente los de la Unión Europea, contraigan su gasto en el sector (Portela y Thomas 2013). Aun así, en los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2014) se aprecia cómo el crecimiento de la inversión de gasto en salud crece año a año. Esto preocupa a los organismos internacionales, que observan con particular atención a un grupo de actores institucionales que son altamente demandantes de recursos: los hospitales.

La mirada macro-económica evidencia que los países malgastan entre el 20% y el 40% de los presupuestos en Salud (OMS, 2010), donde los hospitales absorben una gran cantidad de esos recursos, llegando hasta el 90% (Hernández, Nogueira, Medina y Marqués, 2013). La creciente participación del sector privado en la relación Público-Privada como proveedor de servicios (Brito, 2014), y la discusión comparada sobre su desarrollo, presiona a estas instituciones a fortalecer la eficiencia en su funcionamiento (Banco Mundial, 1993). El diseño de instrumentos para medir la calidad de los servicios hospitalarios por parte de organismos internacionales como la OCDE, OMS, agencias y países que emprenden proyectos (Groene, Skau, Frolich, 2008) si bien aún no generan consenso respecto de sus énfasis o diseño de indicadores, indican que la eficiencia es un tema esencial en la gestión de los hospitales públicos.

Sin embargo, este contexto de discusión de la gestión hospitalaria pública se contrapone con sus resultados en materia de salud al analizar los avances del mundo y sus diferentes zonas (OMS, 2014). La esperanza de vida, la reducción de las tasas de mortalidad y mejoras en prácticamente la mayoría de sus indicadores plantean preguntas como las siguientes: ¿Cuál es el rol de los hospitales públicos en este resultado sabiendo que son actores relevantes en términos de gasto? ¿Son realmente ineficientes en su gestión o se mueven en un escenario de constante cambio y complejidad? ¿Conocen sus gestores las variables y factores que determinan su gestión cotidiana e influyen en su evaluación de eficiencia? ¿Los indicadores globales miden correctamente el funcionamiento de los hospitales y su eficiencia o requieren adaptarse a diferentes realidades?

1.2 Objetivos

Con el fin de abordar las preguntas expuestas en el apartado anterior, se plantearon los siguientes objetivos del proyecto de investigación:

1.2.1 Objetivo general.

- Identificar las variables y factores sistémicos que influyen en la eficiencia de los hospitales públicos en Chile en el periodo 2000 – 2010.

1.2.2 Objetivos específicos.

1. Identificar y analizar los problemas comunes observados en los establecimientos analizados.
2. Identificar el mapa de procesos integrado, que describa las relaciones de funcionamiento en un hospital público.
3. Identificar las variables que influyen en los procesos hospitalarios principales.
4. Analizar los procesos hospitalarios bajo seguimiento del paciente en flujos origen-destino identificando su relevancia con la interpretación de indicadores hospitalarios.
5. Identificar los factores sistémicos que influyen en la eficiencia hospitalaria.
6. Definir el sistema de relaciones hospitalarias identificando sus efectos en la detección de necesidades.

1.3 Metodología General

El presente proyecto de investigación se basa en estudios empíricos de casos de pre-inversión hospitalaria (EPH) y diagnósticos de red de salud, desarrollados en la década recién pasada en establecimientos hospitalarios de Chile, en el marco de la modernización de su infraestructura sanitaria.

La metodología general utilizada para contrastar las hipótesis es mixta: Exploratoria- Descriptiva y finalmente Explicativa (Hernández, 1997). Considera elementos del diseño metodológico propuesto por Villareal y Landeta (2010) para el área de gestión y economía, tendientes a minimizar tres debilidades propias de un estudio de casos: el sesgo (Arias, 2003), representatividad para generalizar sus conclusiones (Rialp, 1998) y la magnitud de la información, tanto cualitativa como cuantitativa, que se obtiene (Arias, 2003).

El desarrollo del trabajo y sus capítulos consideró la propuesta de Villareal y Landeta (2010) que puede resumirse en los siguientes componentes, que serán abordados con mayor profundidad en el Capítulo IV:

*Objetivos, ya definidos previamente y sobre el cual el foco de la investigación será la eficiencia de los hospitales. *El contexto conceptual y los avances en modelos, resultados y sistemas sanitarios donde se analizan conceptos relevantes y el estado del arte. *La selección de casos, que permitirá abordar diferentes niveles y particularidades que permitan que los resultados puedan ser representativos de las particularidades que se observan en los sistemas sanitarios y además recojan la complejidad de los establecimientos. *Métodos y recursos de investigación, donde se abordará la estandarización de instrumentos para el levantamiento de la información tanto cualitativa como cuantitativa que facilite su análisis posterior y la comparación de los casos estudiados incorporando en los antecedentes que sean pertinentes la base estadística en la determinación de muestras. *Análisis individual e integrado de los casos que se presentarán en los resultados y su síntesis. *Finalizando con la discusión y las conclusiones.

En el Capítulo IV de esta tesis se describe en detalle la metodología seguida.

1.4 Estructura del Trabajo

Con el fin de lograr los objetivos y a partir de la metodología general establecida, la presente tesis doctoral se ha estructurado en 6 capítulos, además de la Introducción. En el

Capítulo I se definirán los objetivos y la metodología general; en el Capítulo II se abordarán los fundamentos teóricos que sustentan esta tesis, desarrollando básicamente los conceptos de calidad y procesos y sus aplicaciones al Sector Salud. El Capítulo III considera el marco de la investigación bajo el contexto internacional de la salud mediante una revisión bibliográfica, hasta llegar a Chile como país origen de los estudios, para posteriormente, en el Capítulo IV, desarrollar con un mayor nivel de detalle las hipótesis, la descripción metodológica y los procesos de levantamiento de información e instrumentos utilizados, análisis, validación y criterios utilizados, de tal forma de lograr los objetivos descritos. En el Capítulo V se abordarán los resultados de la investigación partiendo de una caracterización general de los establecimientos estudiados, los problemas identificados, el mapa de procesos integrado y las relaciones funcionales generales y específicas obtenidas a través de un análisis origen-destino del paciente y las variables que influyen en sus procesos, para concluir con los factores que influyen en la eficiencia hospitalaria y su relación con el sistema de relaciones hospitalarias. Finalmente, el Capítulo VI abordará la discusión, cerrando con las conclusiones de la tesis doctoral.

Capítulo II. Fundamentos Teóricos

El presente capítulo tiene como finalidad analizar la evolución de los conceptos teóricos sobre los que elaborará la tesis, siendo estos los conceptos relativos a la *calidad*, y en particular calidad en salud, procesos y modelos que se están utilizando para medir la eficiencia de los hospitales.

2.1 Calidad en Salud

La calidad en sí tiene miles de años como concepto inherente al avance del desarrollo humano y su entorno, incorporado en procesos y mejoras de productos o servicios. Los avances del concepto de calidad toman relevancia teórica e investigativa en el siglo XX, destacando los desarrollos de Frederick W. Taylor (1911), ampliados posteriormente por Shewhart (1930) a través del diagrama de control. Sin embargo, los impulsos más notorios de este concepto se deben a los aportes de Deming con su *Ciclo de Deming* y sus 14 puntos adaptados al sector a la asistencia sanitaria (Deming, 1989, p. 155), de Juran y su trilogía de planificación, control y mejora (1988, p.26), de Crosby (1979, p. 13) con sus 14 pasos y de Taiichi Ohno (1998), con la incorporación de conceptos como *justo a tiempo*, *automatización con toque humano*, *flujos de producción*, *equilibrio entre producción y demanda* o adquirir habilidades de dirección mediante la preparación. Estos son algunos de los precursores de innovaciones y avances en calidad que paulatinamente se han ido adaptando al sector salud. (Nofuentes, 2012).

La calidad en salud, si bien ha sido siempre un desafío para sus profesionales, solo en el siglo pasado comenzó a tomar una perspectiva diferente para sus gestores y en particular para los hospitales. Es así como en 1930, W.A. Shewhart de los laboratorios Bell, en Estados Unidos, crea las llamadas *Normas Z* (Shewhart, 1931), que precedieron al trabajo de E.S Pearson y las llamadas *Normas Británicas* (Padovani, Brito, Crespo, Deu, y Padovani, C. 2012). En 1951, se crea la *Joint Commission on Accreditation Hospitals* (JCAH) en Estados Unidos como unidad independiente, generando un primer planteamiento de parámetros de calidad que debían cumplir los hospitales para ser acreditados (Guix, 2005). En los años 80 del siglo XX, Avedi Donabedian (1980) elabora los elementos de la calidad como una relación entre estructura, procesos y resultados (Donabedian, 1980). En el año 1985, se crea la Sociedad Española de Calidad Asistencial

(SECA); el año 2004, la OMS crea la Alianza Mundial para la seguridad del paciente, con más de 100 países adheridos, y por ejemplo, en Cataluña se aborda a partir del 2005 un nuevo modelo de acreditación hospitalaria basado en el modelo de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM), donde el énfasis comienza a ponerse en los procesos y la mejora continua. Bajo estos avances, el concepto de calidad también ha evolucionado en relación a sus énfasis y sujetos de estudio, lo cual se ha visto reflejado en la creación de nuevos indicadores (Morera, 2013).

2.2.1 ¿Qué es calidad en salud?

La definición de calidad en salud ha evolucionado de forma significativa en los últimos 30 años. Las Agencias, las instituciones internacionales, los propios actores de gestión, los funcionarios y los pacientes han ido aportando a su conceptualización y aplicaciones con ejes de trabajo. El cuadro 1 refleja algunas definiciones y enfoques sobre las cuales se analizará el concepto.

Cuadro 1 *Conceptos de calidad*

Autor	Definición-enfoque-componentes-
Donabedian (1980)	Aquella que se espera maximice una médica comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en un proceso de atención en todas sus partes. Los componentes de la calidad: Estructura-Procesos-Resultado. Su desglose: Calidad técnica, calidad interpersonal, calidad individual, calidad social y la relación entre calidad-cantidad.
Instituto de Medicina de los Estados Unidos (2012)	“ausencia de errores clínicos, sean por comisión (hacer sin intención algo incorrecto) o
Lulf y Hunt (1986)	El grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos
De Geyndt (1994)	Señala que el concepto de atención médica o atención sanitaria es multidimensional
Schofield (2011)	recomienda darle hincapié e importancia en la flexibilidad y de reestructurar el proceso sobre la base de las expectativas de los pacientes.
Floch JM y su sistema de valores de consumo (1988)	La define como la combinación de relaciones busca el usuario y sobre el cual refleja su comportamiento, 4 tipo de valores (valores prácticos, existenciales, críticos, hedonista) y 4 tipos de pacientes: los autonomistas deliberativa (ellos quieren opinar y decidir), Los delegadores-deliberativos, (más tiempo en la deliberación pero con el control médico de la decisión). Los autonomistas-de cooperación, (no delibera prefiere poco tiempo dedicado a la deliberación, pero con control personal sobre la decisión). Los delegantes no deliberativos (dejan que el médico resuelva-hedonistas)
Chambers (1996)	El grado o magnitud de excelencia de algo, un estándar
Attre(2001)	Considera que la calidad está en función de la interpretación de los administradores, los pacientes y los profesionales de la salud. Clasificándolos en tres niveles, recursos de atención, proceso de atención, resultado de atención
Feigenbaum(1991)	El lo que el usuario o el paciente quiere
Hervas, Francisco(2007)	El cumplimiento demostrado de una promesa, La calidad no se puede medir sin un referente, Un proceso laboral es de calidad cuando dicho proceso se ajusta a la demanda.
Kotler	Calidad es como un servicio y por ende tiene diferentes significados
ISO 9000 (2008)	"Al conjunto de características inherentes a un producto para que cumpla con los requisitos para los cuales se elabora"
Deming (1989)	“Un grado predecible de uniformidad y fiabilidad a bajo coste, adecuado a las necesidades del mercado”
Joseph Juran (1951)- Con Gryna (1993)	“ Consiste en aquellas características de los productos o servicios que aciertan con las necesidades de los usuarios y, por lo tanto producen satisfacción”, es adecuación al uso y ausencia de deficiencias. 2. La adecuación al uso... en servicios...conformidad.
OMS (2000)	Calidad asistencial es el nivel de realización de objetivos intrínsecos para mejorar la salud por los sistemas sanitarios y de receptividad a las expectativas legítimas de la población

Fuente: Elaboración propia basada en (De la Lama et al., 2013; Hendrikx, Pippel, Van de Wetering, & Batenburg, 2013; Hervas, 2007; Lemus, Aragues, Lucioni, & Colaboradores., 2009; Moreno y Luzón, 2001; Muñoz, 1999; Padovani C., Brito L., Crespo S., Deul o, y Padovani C., 2012; Pickering y Thompson, 2010; Simou, Pliatsika, & Koutsogeorgou, 2014; Temes y Mengibar, 2011).

El concepto de calidad desde la propuesta de Donabedian acerca de los sistemas de salud y los elementos de la calidad -estructura, procesos y resultados- publicados en 1996, da cuenta de la naturaleza de los sistemas de calidad aplicados a la asistencia sanitaria (Guix, 2005). Desde entonces se han implementado diferentes ejes prioritarios en función de los objetivos país o institucionales. Es así como el Instituto de Medicina de Estados

Unidos en sus reportes de 1999 y 2001 concentró sus ejes en los errores médicos, con los títulos “Error es humano: construyendo un sistema de salud seguro” y “Cruzando la brecha de la calidad” (Padovani et al., 2012), lo que puso en evidencia que el sistema norteamericano no es seguro y que entre 45.000 y 98.000 norteamericanos fallecen cada año víctimas de errores médicos. Es así que el primer énfasis es la calidad del funcionario de la salud evitando los errores en los procesos de atención, garantizando su seguridad (Nofuentes, 2012), de acuerdo con Donabedian a partir de Taylor, (para quien, lo más importante era el producto y el proceso), siendo este último un precursor en la medición de la eficiencia (Grachev, 2013).

Se ha considerado la calidad a su vez bajo la perspectiva del usuario, donde lo relevante es cómo el paciente evalúa la atención, concepto fuertemente influenciado por los modelos liberales como el planteado por Hervas, donde lo relevante es la demanda (Hervas, 2007). Investigaciones basadas en el modelo de Floch, tipifican los perfiles de pacientes y su rol en los procesos de atención, evidenciando que el perfil del paciente se mueve desde aquel que quiere ser parte del proceso, informarse y decidir activamente con el médico a aquellos que no quieren tomar el control de su atención médica con diálogo activo e informado con los profesionales (Chalamon, Chouk, & Heilbrunn, 2013), evidencias que influyen en la calidad bajo la perspectiva de las expectativas de los usuarios.

Existen también enfoques bajo perspectivas de los actores organizacionales, donde el análisis de la calidad depende del rol. Los estudios de Attree (2001) diferenciaron los criterios usados por administradores, pacientes y profesionales, agrupándolos en 3 tipos: (1) recursos de la atención, (2) procesos de la atención y (3) resultados, donde el paciente le da más importancia a los dos primeros y los profesionales y directivos, a los dos últimos (Pickering y Thompson, 2010).

También se han agregado las instituciones, sean estas OMS, OCDE, Ministerios, y Agencias de Calidad, que a través de modelos de gestión de calidad total, modelos de excelencia o acreditación han contribuido a ampliar el concepto, donde la gestión directiva juega un rol determinante (Abdallah, 2014). A continuación analizaremos los modelos y las implicancias en la medición de calidad.

2.2 Procesos y Modelos de Medición

Los procesos hospitalarios se caracterizan por su variabilidad y repetitividad (Hernández, Medina, Nogueira, Negrín y Márquez, 2014). Insumos y recursos se combinan en los servicios entregados para generar productos hospitalarios (Egresos, Consultas), donde a pesar que los límites o fronteras son flexibles en un sistema abierto, igualmente lo separan de su medio externo estableciendo el dominio de sus actividades (Hernández, Medina et al., 2014), permitiéndole posteriormente construir indicadores de calidad de procesos (Jiménez, 2004), según la prioridad de la medición. La construcción de indicadores, su selección y los criterios para agruparlos se conforman para definir modelos de evaluación, destinados a apoyar a la gestión en sus análisis y decisiones.

Los modelos se han ampliado desde los orígenes de los precursores de la calidad, y su adaptación al sector sanitario ha experimentado importantes avances en la medición de los hospitales. Así lo reflejan las más de 23 agencias que miden el desempeño hospitalario y los 383 indicadores, de los cuales el 53% se concentra en seguridad del paciente, 29% en eficiencia y el 10% con la puntualidad y la atención centrada en el paciente (Morera, 2013). También se han identificado más de 20 proyectos pertinentes con 1.698 indicadores, de los cuales 67 fueron utilizados para definir el marco nacional de indicadores de calidad en Grecia (Simou, Pliatsika, Koutsogeorgou, 2014). Al comparar algunos de ellos se han observado diferencias de énfasis y enfoques, tal como se describen en el cuadro 2, que ilustra la dimensión de calidad para la elaboración de indicadores según agencias (Morera, 2013).

Cuadro 2 Dimensiones de Calidad para la elaboración de indicadores de desempeño hospitalario según selección de agencias

Dimensiones	UK	Canada	Australia-ACHS	USA-AHRQ	WHO-PATH	OECD-HCQI
Aceptabilidad		❖				
Accesibilidad	❖	❖	❖	❖		❖
Adecuación		❖	❖			
Cuidado del medio ambiente y servicios	❖					
Competencia		❖				
Capacidad			❖			
Continuidad		❖	❖			
Eficacia	❖	❖	❖	❖		❖
Mejora de salud					❖	
Enfoque clínico, gasto o costo					❖	❖
Eficiencia		❖	❖	❖	❖	❖
Equidad	❖	❖	❖	❖	❖	❖
Gobernabilidad						
Atención centrada en el paciente	❖	❖	❖	❖	❖	❖
Seguridad	❖	❖	❖	❖		
Sostenibilidad			❖			
Oportunidad	❖			❖		
Fuentes: OECD, Organization for Economic Cooperation and Development; WHO, World Health Organization; U.S .Departamento of Health and Human Services; Morera M, 2013.						

Llama la atención en esta clasificación la incorporación de los cuatro conceptos más debatidos en la gestión, Calidad-Eficiencia-Eficacia-Efectividad, algunos de los cuales podrían contener otros como competencia, accesibilidad, capacidad, atención centrada en el paciente u oportunidad.

Los énfasis y la discusión semántica guardan relación con los modelos que se han definido en estos 20 años: *Malcolm Baldrige National Quality Award* (MBNQA), el modelo EFQM, el modelo de atención crónica, el modelo PATH o el construido en Grecia para hospitales públicos bajo 6 dimensiones: calidad, capacidad de respuesta, eficiencia, utilización, puntualidad, recursos y capacidades (Simou et al., 2014).

Varias características y condiciones se han observado en sus implementaciones. La implantación piloto del *Modelo PATH* a 37 hospitales en diferentes países, reflejó un 27% de no entrega de datos, evidenciando falta de personal, experiencia y tiempo en los hospitales participantes (Groene, Klazinga, Kazandjian, Lombrail, & Bartels, 2008). Junto a ello, no se ha indagado si se cumplen o no algunos supuestos planteados en los procesos: que el sistema de información mejora, que los médicos utilizan los datos para analizar los resultados o que los pacientes usan la información para seleccionar el hospital (Groene, Klazinga et al., 2008). Considerando que entre ellos no hay grandes diferencias y estas existen más bien en sus diseños ideológicos (Groene, Klazinga et al., 2008) los factores claves para una adecuada implantación están ligados a aspectos internos, a la motivación

del personal, a su empoderamiento y a la participación en los procesos y el segundo grupo de factores se vinculan a la capacidad de adaptar los modelos al sector de la salud en donde los médicos se consideran claves para la implantación exitosa de ellos (Abdallah, 2014). Los modelos diseñados, si bien la calidad es su eje de trabajo, también se vinculan con la eficiencia hospitalaria, concepto asociado a la calidad y sobre el cual también se han abordado definiciones específicas que analizaremos a continuación.

2.3 Eficiencia Hospitalaria

El constructo *eficiencia*, inmediatamente se relaciona con otros de similares características, como calidad, eficacia y efectividad. No hay consenso absoluto en sus definiciones y relaciones, puesto que donde la orientación hacia la gestión se ha enfocado sobre diversas variables, tales como los recursos, usuarios y resultados de corto, mediano o largo plazo. Así lo plantea Jaramillo (1998) quien define eficiencia como “El máximo resultado posible de productividad que puede ser alcanzado a partir de un volumen de recursos” o Murray y Frenk, referentes en la materia, que definen eficiencia como “el grado en que los sistemas alcanzan los objetivos propuestos, con los recursos disponibles” (Murray & Frenk, 2000). Para su evaluación se han construido modelos de medición, como el *Análisis Envolvente de Datos* (DEA), utilizado en varios países (Navarro, Maza, y Viana, 2011). Otros modelos basados en indicadores, han tratado de evaluar la eficiencia, eficacia y equidad en su conjunto. Sus resultados aún no son extrapolables a otros establecimientos, ya que la integralidad de la medición debe ser un factor determinante en futuras evaluaciones (Davis, et al., 2013). Los enfoques de calidad, como ya hemos visto, han hecho valiosas contribuciones a la generación distintas mediciones, así como también algunas aplicaciones de *benchmarking*. Se produce de este modo un incremento de la competencia hospitalaria que obliga a generar acciones para mejorar la calidad médica, elevar los beneficios del paciente y reducir los costos evitables a través de procesos eficientes de rendimiento (Eiff, 2012).

En este ámbito específico, el modelo DEA, desde su diseño por Charnes, Cooper y Rhodes en 1978, se ha convertido en una herramienta para medir objetivos organizacionales, aplicada inicialmente en Estados Unidos e Inglaterra y puesta en práctica rápidamente en sectores como bancos, educación y hospitales (Chediak y Valencia, 2008). En hospitales se ha probado en diferentes instituciones de Finlandia, Italia, Cuba, Estados Unidos, y Colombia, por destacar algunos (Navarro et al., 2011). En Colombia, las

variables consideradas eran ocupación de camas y egresos a nivel de productos y número de médicos, años de funcionamiento, metros cuadrados construidos y número de camas como insumos. Posteriormente se compararon con hospitales de Argentina, Colombia, México, Brasil y Costa Rica, concluyendo mayor eficiencia en los hospitales colombianos (Navarro et al., 2011). En este modelo, Navarro plantea que el levantamiento y la calidad de la información son de vital importancia para los posteriores análisis de insumos y su relación con el producto. En Europa, la experiencia de España ha sido abundante en materia de modelos y avances, es así como Villalbí y sus colaboradores, generaron indicadores para 47 servicios o productos y donde la cobertura, la calidad y el impacto de los servicios plantearon las mayores dificultades de valoración (Villalbí, et al., 2010).

Como se ha querido dejar planteado a través de este marco teórico, el concepto de calidad, los procesos insertos en los modelos, y la eficiencia como eje central de estos, no recogen un consenso claro a nivel internacional. La calidad de la información y el diseño de indicadores son las etapas que más preocupan a los investigadores en su diseño y la participación de los médicos en su implementación, donde estos tienen más poder en las organizaciones de salud que el resto de los empleados (Abdallah, 2014). La ilustración 1 pretende ordenar los enfoques identificados para desde ahí identificar el marco que abordará la investigación realizada y sus énfasis.

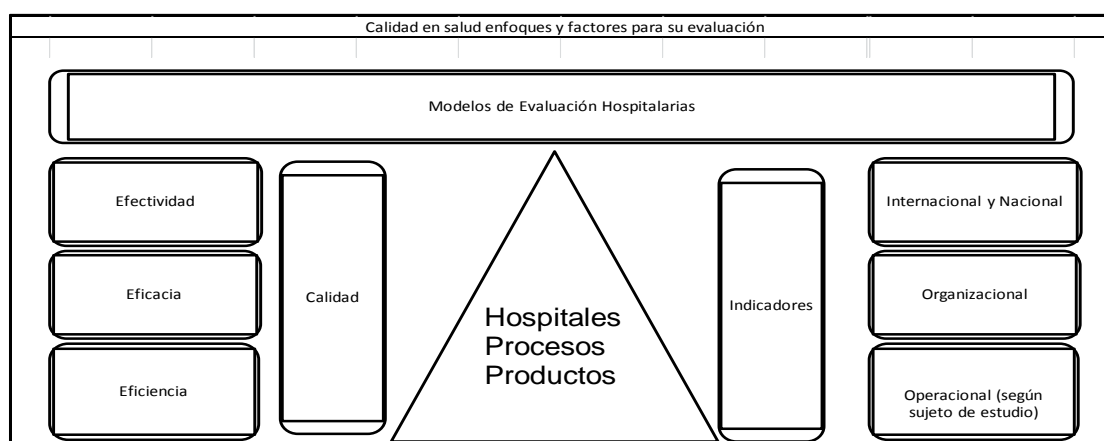


Ilustración 1. Enfoques del concepto calidad y modelos para su medición. Fuente: Elaboración Propia.

Los modelos elaborados a la fecha y aquellos que seguirán diseñándose en el futuro, si bien mantienen los énfasis referidos, se orientan al funcionamiento de las instituciones de salud y en particular a los hospitales. Por ello el eje central en nuestro planteamiento lo constituyen los hospitales, sus procesos y sus productos (incorporados en el triángulo) observándose cómo estos mejoran positivamente al paciente y por ende a la

sociedad en su conjunto. Los ejes sobre los cuales se construye la calidad consideran eficiencia, eficacia y efectividad como resultado interpretativo de este constructo. En estos conceptos se han construido los indicadores, con líneas poco claras hoy respecto a sus límites, tal cual como se describió al analizar los modelos conceptuales. Sus énfasis, como reflejan sus análisis, guardan relación con los planteamientos básico derivados de las diferentes perspectivas internacionales, nacionales u organizacionales (el otro cuadrante de los indicadores), en donde este último ámbito está estrechamente ligado con el sujeto de estudio que considera relevante respecto de los procesos (el Usuario, Directivo, Clínico, el Hospital, la Red, el País o la Región). En este punto los sistemas de información no necesariamente se encuentran alineados a cada uno de estos niveles y serán relevantes para comparar (Groene, Klazinga et al., 2008).

Bajo este marco, en el Capítulo IV se describirá la metodología utilizada en los estudios, sugiriendo una perspectiva diferente de eficiencia que se ha relacionado con optimización de recursos utilizados (perspectiva organizacional dado el esquema, orientada a sus productos finales en hospitales) y la forma integral de abordar su gestión equilibradamente. Esto nos permitirá responder las preguntas de investigación y sus hipótesis, los que serán evidenciados en los resultados y la discusión.

Capítulo III. Revisión Bibliográfica de los Sistemas de Salud en el Mundo

Se entiende por acción sanitaria “cualquier conjunto de actividad cuyo fin principal sea la mejora o el mantenimiento de la salud” (Murray & Frenk, 2000). Para lograr esto, las acciones deben desarrollarse en términos de 3 metas fundamentales: mejorar la salud, acrecentar la capacidad de respuesta a las expectativas de la población y asegurar la equidad de la contribución financiera. A estas orientaciones se agrega que la OMS ha mostrado la estrecha relación y dependencia que hay entre Desarrollo Económico y Social con la salud, enfatizando incluso su relevancia por sobre la educación, recomendando a los países invertir en salud en pro de este desarrollo (Sachs y Jeffrey D., 2002).

A partir de estas definiciones se abordará una descripción de los sistemas sanitarios que han implementado diferentes países del orbe, caracterizándolos respecto de sus modelos y su forma de funcionamiento, identificando las dificultades que tiene el sector y los temas de discusión en sus constantes reformas que dividen a sus actores y que dan las bases para esta investigación. En primer lugar, se abordará una caracterización del estado de la salud en el mundo y sus avances en materia de indicadores macro, posteriormente describiremos los sistemas sanitarios en Europa, América Latina, Asia y las reformas de China y Estados Unidos. Finalmente, analizaremos el caso de Chile, donde caracterizaremos el sistema sanitario e identificaremos aspectos relevantes de su reforma en salud, sistematizando los elementos más destacados en el contexto mundial.

3.1 Reformas Sanitarias y sus Avances

El mundo ha experimentado importantes avances en materia de salud durante estos últimos 30 años, con cambios favorables en las metas que se había trazado la OMS a lograr en 2015 (WHO, 2014). Por ejemplo, destaca en sus reportes del año 2014 el progreso en la reducción de la mortalidad infantil menor de 5 años, la cual cayó en un 47% entre los años 1990- 2012, de 90 a 48 niños por cada 1.000 nacidos, aunque el indicador mantiene aún altas tasas en África con 90 por cada 1.000 niños, a diferencia de Europa que refleja un indicador de 12 por cada 1.000 niños que nacen, persistiendo diferencias entre países de más ingresos respecto de aquellos con menor ingreso.

Otro ejemplo de los avances en salud es el aumento de 6 años en la esperanza de vida de hombres y mujeres desde el año 1990, que al 2012 alcanzó los 68,1 años a nivel mundial para hombres y 72,7 años para mujeres. La preocupación aún se mantiene en los intervalos sobre los que se mueve este promedio, reflejando una diferencia de 15,6 años en hombres y 18,9 años en mujeres entre países de mayores y menores ingresos.

El cuadro 3 resume algunos indicadores que permiten visualizar la situación de salud y sus avances en los últimos 22 años en el mundo y sus principales zonas.

Cuadro 3 Estadísticas mundiales en salud (selección de indicadores)

ESTADÍSTICAS MUNDIALES EN SALUD INFORME 2014 OMS																								
Región de la OMS	Esperanza de vida al nacer (años)									Tasa de mortalidad (probabilidad de morir antes de cumplir los 5 años por 1.000 nacidos vivos) ambos sexos					Tasa de mortalidad adulto (probabilidad de morir entre 15 y 60 años por cada 1.000 habitantes)									
										NIÑOS MENORES 5 AÑOS					HOMBRES						Mujeres			
	Ambos sexos			Hombres			Mujeres																	
	1990	2012	VAR	1990	2012	VAR	1990	2012	VAR	1990	2000	2012	VAR Nro	VAR	1990	2000	VAR Nro	VAR	1990	2012	VAR Nro	VAR		
Región de África	50	58	8	48	56	8	52	59	7	173	154	95	-78	-45%	395	343	-52	-13%	326	298	-28	-9%		
Region de las Americas	71	76	5	68	74	6	75	79	4	42	26	15	-27	-64%	205	161	-44	-21%	115	89	-26	-23%		
Región de Asia Suboriental	59	67	8	58	66	8	60	69	9	118	84	50	-68	-58%	276	222	-54	-20%	226	149	-77	-34%		
Región de Europa	72	76	4	68	72	4	75	80	5	32	22	12	-20	-63%	216	179	-37	-17%	96	80	-16	-17%		
Región del mediterraneo Oriental	62	68	6	61	66	5	63	70	7	103	82	57	-46	-45%	239	194	-45	-19%	196	139	-57	-29%		
Región de Pacífico Occidental	69	76	7	67	74	7	72	78	6	52	35	16	-36	-69%	174	116	-58	-33%	119	78	-41	-34%		
Grupos de Ingresos																								
Ingresos bajos	53	62	9	51	60	9	54	63	9	166	134	82	-84	-51%	343	272	-71	-21%	294	230	-64	-22%		
Ingresos medio bajo	59	66	7	58	64	6	60	68	8	118	93	61	-57	-48%	286	241	-45	-16%	222	164	-58	-26%		
Ingresos medio alto	68	74	6	66	72	6	71	76	5	54	38	20	-34	-63%	199	143	-56	-28%	133	92	-41	-31%		
Ingresos altos	75	79	4	71	76	5	78	82	4	15	10	6	-9	-60%	182	137	-45	-25%	83	67	-16	-19%		
Brecha entre Ingresos (altos-bajos)	22	17		20	16	-4	24	19		-151	-124	-76			-161	-135			-211	-163				
MUNDIAL	64	70	6	62	68	6	67	73	6	90	75	48	-42	-47%	233	187	-46	-20%	161	124	-37	-23%		
Región de la OMS	Tasa de mortalidad normalizada según			Densidad de la fuerza laborar sanitaria (por 10.000 habitantes)					Estadísticas demográficas 2012								Población que utiliza fuentes mejoradas de agua %							
	Transmisibles	no transmisibles	Traumatológico	Médicos Personal de enfermería y de partería	Personal odontología	personal de farmacia	Psiquiatra	Total de la población	Edad media (años)	Pob. Menor 5 años (%)	Pob. Más de 60 años (%)	Tasa anual de crecimiento (%)	Pob. Urbana(%)	Ingreso nacional bruto per cápita en dolares										
Región de África	683	652	106	2,6	12	0,5	0,9	men 0,05	892.529	19	43	5	2,6	39	2.594	50	57	66						
Region de las Americas	63	437	62	20,8	45,8	6,9	6,7	0,5	956.779	32	24	14	1,1	80	27.457	90	93	96						
Región de Asia Suboriental	232	656	99	5,9	15,3	1	3,8	men 0,05	1.833.358	27	29	8	1,3	34	4.064	70	80	91						
Región de Europa	45	496	49	33,1	80,5	5	5,1	1,1	904.484	38	17	20	0,3	71	26.352	95	97	98						
Región del mediterraneo Oriental	214	654	91	11,4	16,1	1,9	6,1	0,1	612.372	23	33	6	2,1	49	3.992	85	83	87						
Región de Pacífico Occidental	56	499	50	16,3	25,1	-	4,5	0,2	1.844.750	35	19	14	0,7	55	11.575	71	82	93						
Grupos de Ingresos																								
Ingresos bajos	502	625	104	2,4	5,4	0,3	0,5	men 0,05	846.347	20	39	6	2,2	28	1.369	52	58	69						
Ingresos medio bajo	272	673	99	7,8	17,8	1,2	4,2	0,1	2.501.846	25	31	8	1,5	39	3.914	71	80	88						
Ingresos medio alto	75	558	59	15,5	25,3	-	3,1	0,2	2.429.452	32	21	12	0,8	61	10.298	74	84	93						
Ingresos altos	34	497	44	29,4	86,3	5,8	8,4	1	1.266.627	40	17	22	0,6	80	38.562	98	99	99						
MUNDIAL	178	539	73	14,1	29,2	2,7	4,3	0,3	7.044.272	30	26	11	1,2	53	12.018	76	82	90						
Nota 1 : En niños menores de 5 años , Infecciones respiratorias agudas, prematuridad y complicaciones relacionadas con el parto, anomalías congénitas, Sepsis neonatal, traumatismos.																								
Nota 2: Prevalencia de hiperglucemia, tensión arterial alta en adultos de 25 años o mas, obesidad, consumo de alcohol, tabaco																								
Nota 3: VAR=variación entre periodos extremos ; men= menor a ; Nro= Número; Clasificación de países agrupados por niveles de ingresos de acuerdo a criterios OMS																								
Fuente: Elaborado en base WHO Global heal Workforce (2014): considera las ultimas actualizaciones , variando las fuentes y denominaciones de los países																								

Podemos apreciar en materia de esperanza de vida, que todas las regiones, al igual que los países agrupados por niveles de ingreso, han mejorado este indicador entre 1990-2012, siendo este cambio a nivel mundial de 64 años a 70 años, reflejando por ende una

mejora de 6 años.¹ Similar avance se observa en las tasas de mortalidad, donde se refleja una caída a nivel de regiones y a nivel de países agrupados por ingresos. En esta materia, los mayores avances en términos porcentuales se han dado en la región de Las Américas y la región Pacífico occidental para las tasas de mortalidad de niños menores de 5 años, con caídas del 64% y 69% respectivamente en sus tasas entre 1990-2012. Respecto de adultos, la región del Pacífico occidental también logra las mayores caídas en su tasa de mortalidad para hombres y mujeres, con un 33% y 34% respectivamente, liderando a su vez en términos de tasa al 2012, con 166 y 78 muertes por cada 1.000 habitantes. Llama la atención la mejora en estos indicadores de la región del Pacífico occidental, manteniendo un indicador de 16,3 médicos por cada 10.000 habitantes, muy por debajo de los 33,1 médicos por cada 10.000 habitantes que tiene Europa, aunque esta última refleja un mayor porcentaje de adultos donde el 20% de su población es mayor a 60 años.

Si bien estas mejoras son evidentes en todos los indicadores y se observa una reducción de las brechas entre los países de más ingresos respecto de los de menor, la desigualdad aún se mantiene.

En materia de gastos², podemos decir que la inversión en salud ha tenido una tasa creciente respecto del PIB en todas las regiones, siendo la mayor expansión la de América con un 14,1% y una variación de 2,6% puntos entre los años 2000-2011 sobre el PIB, muy superior a la variación de todos los países que alcanzó a 0,9 puntos en igual período. Esta mayor participación no es equivalente al gasto del gobierno general en salud, el cual refleja que en Europa los estados aportan 73,9% en el 2011, siendo un 64,9% superior al aporte de la región de Las Américas que alcanza al 49,5% el año 2011. En este mismo sentido, si consideramos el gasto privado, la región de Asia es la zona con el indicador más alto, alcanzando un 63,3% del total de gasto en salud para el año 2011. En materia de prepagos y su monto como porcentaje del gasto privado en salud, la Región de las Américas con un 56,5% se presenta con el mayor indicador para el 2011. En materia de gasto per cápita, la región de las Américas y la región de Europa reflejan los mayores indicadores con US\$3.482 y US\$2.370 respectivamente, mientras que el menor se sitúa en Asia Sudoriental y África con US\$69 y US\$99 respectivamente. Cabe destacar que, al igual que los indicadores de salud, el aporte de los estados y el gasto en todos sus indicadores ha subido entre los años 2000-2011, reflejando a nivel mundial un aumento del 0,9% sobre el PIB, el

¹ Ver en Anexo 1 Criterios de agrupamiento de países y zonas que utiliza la OMS.

² Ver Anexo 2 Cuadro de gastos en salud países del mundo.

cual llegó como indicador a 9,1% el año 2011 y un valor per cápita que creció un 100,7% llegando a US\$ 1.007 el 2011.

Dado lo anterior, parece razonable pensar que los nuevos desafíos están orientados a exigencias de eficiencia y sustentabilidad financiera, más aun si los estudios indican en materia de indicadores que los sistemas sanitarios malgastan entre un 20% y un 40% de su presupuesto (OMS, 2010), mientras el gasto refleja una tendencia al alza en estos años como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), en todos los países miembros de la OCDE (OCDE, 2014). A todo lo anterior se suma la crisis financiera global desatada entre 2007 y 2008, la cual ha generado en los países europeos una reducción del gasto, mientras que los medicamentos, experimentan un alza en términos de porcentaje de dicho gasto (Portela & Thomas, 2013). Por otro lado, aparece como una tendencia mundial la aparición y desarrollo de la relación público-privada para proveer productos y servicios de salud que antes eran función del estado (Brito, 2014). Las reformas de China y Estados Unidos, no obstante, muestran un fortalecimiento del rol del Estado; véase por ejemplo en la reforma realizada en los Estados Unidos a través de seguros estatales (Ganduglia, 2010) o el rol de la industria farmacéutica y su relación con el Estado en la reforma en China (Darimont, 2013). En América Latina, Chile refleja un gasto del 7,3% del PIB al año 2013, con una tasa de crecimiento promedio del 6% anual, donde la OCDE ha manifestado observaciones en su composición, donde el 49% de este gasto lo realiza el Estado a diferencia de los países miembros donde la participación del Estado llega al 73% (OCDE, 2014). Por ello también evalúa cambios en el mercado de la salud, para terminar con el abuso de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) (Bachelet, 2014).

En estos ajustes, los hospitales públicos muestran una importante participación en el gasto agregado en salud, llegando hasta el 90% en algunos sistemas (Hernández et al., 2013). No está en discusión su rol social, al atender a las personas más enfermas del sistema. Es su eficiencia la que está siendo cuestionada desde los años 90 por algunos autores (Banco Mundial, 1993) y es donde se centra la preocupación de los países. Llama la atención en estos análisis que, siendo el sector hospitalario un actor importante de los sistemas sanitarios, no participe como autor causante de los indicadores favorables que ha tenido la salud mundial, más aun en zonas donde el estado tiene una mayor participación que el sector privado, ámbito que analizaremos a continuación al caracterizar los sistemas de salud.

3.2 Sistemas de Salud en Europa

Para el caso de Europa, la salud es un sector sensible y relevante cuyas principales características se observan en el cuadro 4.

Cuadro 4 *Características de los sistemas de salud en Europa*

Países	Sistema-Servicios		Gasto - Modelo financiamiento-Provisión					Lista de espera como problema político	Uso estrategia copago (alta, media, baja)	Autoevaluación estado de salud percibido por la pob %, de bueno y muy bueno
	Tipo de Sistema	Cartera Servicios definida nivel central	Gasto respecto del PIB como %	Beveridge	Bismarck	Modo provisión predominante A.P	% de Provisión pública en Hospitales			
Dinamarca	SNS	No	11	x		Privada	97	Si	Bajo	70,8
España	SNS	Si	9,4	x		Pública	75	Si	Bajo	75,1
Finlandia	SNS	No	9,1	x		Pública	89	Si	Alta	68,9
Irlanda	SNS	No	8,9	x		Privada	100	Si	Alta	82,6
Italia	SNS	Si	9,2	x		Pública	81	Si	Media	64,7
Portugal	SNS	No	9,5	x		Pública	86	Si	media	49,7
Reino Unido	SNS	Si	9,3	x		Privada	96	Si	Bajo	77,5
Suecia	SNS	No	9,6	x		Pública	98	Si	Alta	79,9
Alemania	SSS	Si	11,3		x	Privada	49	No	media	64,8
Austria	SSS	No	11,1		x	Privada	72	No	Alta	69,4
Bélgica	SSS	Si	10,9		x	Privada	34	No	Alta	73,5
Francia	SSS	Si	11,6		x	Privada	66	No	Alta	67,6
Grecia	SSS	No	9,3		x	Pública	69	Si	Alta	76,4
Luxemburgo	SSS	Si	7,1		x	Privada	68	No	Alta	72,5
Países Bajos	SSS	Si	11,8		x	Privada	0	Si	Alta	76,3

SNS: Sistema Nacional de Salud. SSS: Sistema de Seguros Sociales

Fuente: Elaboración propia basado en Informe (OCDE, 2014; Subdirección General de Información sanitaria e Innovación, 2013).³

Los países han definido, en general, constituirse como *Sistemas Nacionales de Salud* o *Sistemas de Seguros Sociales*, donde ocho países de los analizados abordan el *Modelo Beveridge* creado bajo recomendación de una comisión en Inglaterra el año 1942 sistematizado en el informe Beveridge⁴ (Beveridge y otros, 1942) donde el financiamiento se aborda a través de impuestos. El resto de los países utiliza el *Modelo Bismarck*⁵, modelo iniciado en Alemania con la promulgación de la ley de seguros de enfermedades del 18 de junio del 1883 y en este caso el financiamiento es por cuotas obligatorias de empresarios y trabajadores con apoyo de impuestos, siendo un modelo más liberal (Artundo, 2005), construido para frenar las movilizaciones socialistas (Cabo, 2014, p. 16) reflejando una buena evaluación por parte de los ciudadanos.

³ Copagos: Atención primaria, atención especializada, ingreso hospital, urgencias y fármacos con recetas donde baja presencia se considera a uno de ellos (por lo general Fármacos), mediana de 2 y alta si es superior a tres áreas de trabajo.

⁴ Beveridge: Modelo Inglés, que considera Financiamiento a través de impuestos, Presupuesto del Estado, Acceso Universal, médicos con salario o por capitación, control gubernamental, algunos copagos.

⁵ Bismarck: Modelo Alemán, financiado por cuotas obligatorias de empresarios y trabajadores o a través de impuestos. Los recursos llegan a un fondo de entidades no gubernamentales reguladas por ley que gestionan. Los fondos contratan hospitales, médicos de familia. Sistemas de reembolsos y algunos copagos.

Los hospitales europeos se enfrentan a entornos caracterizados por tendencias comunes, como el envejecimiento de la población, la presencia creciente de pacientes multimórbidos y las restricciones presupuestarias, donde la sostenibilidad financiera es un desafío (Eiff, 2012). En Europa, 6 países tienen acceso a la atención primaria, sin copago (Alemania, España, Grecia, Italia, Reino Unido y Francia), en 11 países de la UE-15 las consultas a especialistas tienen copago (Austria, Bélgica, Francia, Finlandia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal y Suecia). En 10 de ellos existe copago en hospitalización (Alemania, Austria, Bélgica, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Luxemburgo, y Países Bajos) y, por último, en atención de urgencia son 5 países del modelo de Sistema Nacional de Salud (Finlandia, Irlanda, Italia, Portugal y Suecia) y 6 del modelo del Sistema de Seguridad Social (Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Grecia y Países Bajos) en que existe copago. (Subdirección General de Información sanitaria e Innovación, 2013).

El énfasis de sus sistemas sanitarios se orienta a fortalecer la salud como derecho universal, con acceso equitativo, bajo orientaciones y estrategias de cooperación propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005). En sus reformas, la relación público-privada, el incremento del gasto en salud y paulatinamente el copago, se han instalado como medidas de ajuste de costos o valoración por parte del ciudadano (OCDE, 2014; Subdirección General de Información sanitaria e Innovación, 2013).

De estos países, Alemania ha reflejado buenos resultados, destacando dentro de los cuatro países con mayor gasto sanitario en Europa junto a los Países Bajos, Francia y Suiza (OCDE, 2014). Ha mantenido un regulado rol y control de las instituciones participantes, acotando las rentabilidades de las instituciones y el costo de la salud al ingreso percibido de las personas más que a su situación sanitaria, edad, sexo o enfermedades crónicas o preexistentes (Temes y Mengibar, 2011). Como temas pendientes de abordar, se reflejan dificultades con grupos de pacientes sin hogar, que al año 2010 alcanzan a 248.000, cuyo perfil incluye jóvenes de mediana edad, de los cuales más de la mitad informa en su atención haber tenido educación secundaria y superior (Tinnemann, Es Bauer, De la Torre, Binting, y Keil, 2013). Otro aspecto analizado por diferentes investigadores, se refiere a las diferencias de esperanza de vida entre hombres y mujeres como un tema a debatir (Dinges, 2014), donde la esperanza de vida es de 80,6 años en promedio y una diferencia entre hombre y mujer de 5 años (World Health Organization, Office Regional Europe, 2013).

Inglaterra, a través del *National Health Service* (NHS), creado el 5 de julio de 1948, asume la salud como un derecho para el ciudadano, de acceso universal, integral y gratuito

y su financiamiento es un tema permanente de discusión respecto de su límite y efectividad (Gorsky, 2008). Al igual que en la gran mayoría de los países, se basa en financiamiento a través de impuestos, con baja presencia aún del seguro privado en la población. La modernidad en establecimientos hospitalarios y la introducción de indicadores de eficiencia, (que implica establecer objetivos nacionales), ha tensionado a los servicios de urgencia por ejemplo buscando reducir sus esperas de 4 horas (Vezyridis & Timmon, 2014). Iniciativas como la receta electrónica, con potencial considerable para mejorar sus procesos, no reflejan en su diseño concepciones uniformes, con inmadurez del mercado y problemas de coordinación en sus requerimientos (Mozaffar & Williams, 2014). Sin embargo programas tendientes a mejorar la atención de adultos mayores, su protección y cuidado post atención hospitalaria destacan a través del proyecto *Integrating health and social care in Torbay* (Goodwin, 2014).

Las inquietudes relativas a costos y gastos en salud son un tema vigente en todos los países, proyectándose al año 2050 un incremento del gasto sanitario entre 3,5 y 6,1 puntos del PIB (OCDE 2006). Se estima que en el año 2015 los mayores de 65 años representarán el 20% de la población y considerando que a partir de los 65 años hasta los 80, los recursos se incrementan hasta multiplicarse 4 veces los niveles básicos, es clara la tendencia en la demanda de nuevos recursos. (Lemus et al., 2009).

3.3 Sistema de Salud en Asia

Respecto de Asia, Japón dispone de un sistema de seguro público que cubre a toda la población, donde los pacientes tienen libertad de elegir cualquier hospital o clínica. Destaca su alta accesibilidad, incluso a los hospitales terciarios que presentan una de las tasas más bajas de egresos hospitalarios entre los países desarrollados, al igual que la tasa de médicos por habitante (Liu, 2013).

China, por su parte, en los últimos 5 años ha experimentado grandes cambios respecto de su historia en el sector de la salud al plantearse una reforma estructural para todo el país a principios del 2009, la que no ha estado exenta de debates y participación. Esta reforma se ha definido como “... cuatro vigas y ocho pilares en el largo plazo, así como una agenda de trabajo para el periodo 2009-2011” (Tang, Brix, & Bekedam, 2014, p. 167). Tang, describe las cuatro vigas como: salud pública, seguro médico, eficiencia y acceso a medicamentos esenciales y prestaciones de servicios médicos de calidad. Los

ocho pilares fundamentales son: financiamiento, recursos humanos, regulaciones, precios, administración, información, legislación y mecanismos operacionales.

En relación a las metas planteadas para los 3 primeros años, los resultados son satisfactorios, aunque con fuerte controversia respecto de su futuro (Darimont y Liu, 2013). Por un lado se valora el gasto realizado por el país, ya que la cobertura de servicios, su principal desafío, llegó al 95%, con la implantación de tres planes de salud y sistemas de copago para gastos de hospitalización entre 50% y 60% (Tang et al., 2014). Sin embargo, se requiere estimular valores públicos y tener precaución con los estímulos económicos (Allen, Cao & Wang, 2014). La presión del sector farmacéutico liberal, frente a un gobierno que declaró la salud como un bien público para todos los ciudadanos (Comité Central de Partido Comunista de China, 2009) y la brecha social no resuelta entre el sector rural-urbano -por los procesos de descentralización que han generado diferencias en los sistemas de salud- y las interrogantes de financiamiento, reflejan un escenario en el que subsisten y ajustes aún pendientes (Darimont y Liu, 2013).

La reforma hospitalaria en China es el único desafío sin avances, ya que los hospitales no cumplen sus funciones sociales con el nivel requerido y su estructura requiere ajustes y aclaraciones, en consecuencia, y aun considerando el éxito registrado por el seguro social es poco probable que el gobierno sea capaz de sustentarlos financieramente (Allen et al., 2014). Se suma a ello la autonomía iniciada a fines de la década del 90, donde se autoriza a los hospitales a especificar precios a servicios de atención y medicamentos, generando una expansión de los hospitales urbanos y una reducción de los servicios de atención primaria, aspectos que se mantienen estructuralmente (Darimont y Liu, 2013).

3.4 Sistemas de Salud en Estados Unidos – Canadá

Estados Unidos con su modelo liberal de atención y Canadá con un modelo cada vez de mejores resultados, observado por muchos países como un referente a seguir, son casos indispensables de comentar.

Estados Unidos lidera el gasto de salud en el mundo con un 16% del PIB (OCDE, 2014) y es identificado como un sistema poco equitativo y desigual al acceso, con más de 40 millones de norteamericanos sin cobertura al 2010. (Ganduglia, 2010). El 30 de marzo de 2010, se aprobó la reforma del sistema de salud orientada a expandir la cobertura

médica del pueblo, a contener los costos y a mejorar la calidad de atención, en un proceso no exento de polémica.

Por sus características, este proceso no estuvo exento de dificultades, como lo muestran las experiencias del proyecto en 1945 de Harry Truman y los posteriores intentos fallidos de Richard Nixon en los años 70 y el plan Clinton en 1994. Los acuerdos, con la industria farmacéutica para generar ahorros en US\$80.000.000.000 (MMUS\$80.000) en 10 años, los establecidos con la *American Hospital Association* y la *Federation of American Hospital*, para reducir costos por MMUS\$150.000 generados con bajas de precios, las negociaciones con proveedores de dispositivos con ahorros de MMUS\$20.000 y los acuerdos concretados en plena discusión con las aseguradoras, reflejaron un alto despliegue de negociaciones donde Max Baucus, presidente de la *Comisión de Finanzas del Senado*, jugó un papel determinante (Belmartino, 2014).

La ley del paciente y el cuidado asequible, conocido como *ObamaCare*, considera reformas de mercado para el seguro médico y expansión de los programas estatales de *Medicaid*. Propone generar un seguro de salud público que compita con el privado, con la prohibición de rechazar a individuos por condiciones médicas preexistentes o cobrar primas más caras secundarias a condiciones médicas a partir del 2014 (Ganduglia, 2010). Los ajustes estructurales tienen como plazo el año 2018, sin embargo desde el inicio de la reforma ya se observan cambios. En la conferencia dada por J. Harris, en Sao Paulo (Harris, 2014), se muestran con claridad, estos cambios. En enero de dicho año, el porcentaje de norteamericanos no asegurados alcanzaba el 16.1%, cifra que comenzó a caer en marzo llegando al tercer trimestre a 13.4%. Junto a ello, la reforma refleja una aceptación del 66% por parte de los ciudadanos. Se estima una expansión del gasto privado versus público como porcentaje del PIB al año 2023 de un 19% entre ambos (Harris, 2014) y un fortalecimiento de la atención primaria cuyos efectos se verán en el futuro.

Canadá, por su parte, mantiene un 4,4% de personas provenientes de pueblos originarios y un 18% de inmigrantes. Ha desarrollado de forma exitosa una estrategia de descentralización en sus provincias, ajustando su financiamiento a cada realidad, fortaleciendo la gestión de redes y la provisión de cartera de servicios hacia una cobertura universal de atención basada en la equidad y la solidaridad (Temes y Mengibar, 2011).

Esta cobertura universal es definida por la OMS bajo tres dimensiones: la población cubierta, la proporción cubierta de los costos directos y los servicios cubiertos deben ser sustentables (OMS, 2010). Canadá ha logrado éxito paulatinamente, no sin enfrentar problemas o diferencias políticas (Marchildon, 2014). Dispone de cobertura en gran parte

de medicamentos, mientras que la atención a largo plazo, la atención domiciliaria y otros servicios están excluidos de la cobertura universal, y donde el copago regresa periódicamente al debate político, bajo el argumento del uso excesivo de los bienes y su gratuidad (Marchildon, 2014).

3.5 Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe

Para América Latina y el Caribe (LAC), la gestión ha tenido varios focos de atención y de cambios en los últimos 30 años. El primero de ellos nace en los años 80, tras la crisis de la mayoría de los países en América Latina, con presencia de regímenes autoritarios, donde el Fondo Monetario Internacional (FMI) condiciona su apoyo a los países a la introducción de ajustes importantes en las políticas de gastos y en particular en salud (Homedes, 2011). Por otro lado, el informe del Banco Mundial (BM) en el año 1993, en el que recomienda reducir el gasto hospitalario por considerar que los hospitales “ofrecen escaso beneficio en relación con el dinero gastado, destinando poco a programas de bajo costo” (Banco Mundial, 1993, p. iii) complementan esta presión. México y Colombia estimularon la relación público-privada recomendada, que posteriormente Chile incorporó a su agenda de modernización en diferentes sectores en materia de infraestructura, tales como carreteras, cárceles y salud (Bitrán & Villena, 2010).

De las descripciones de los sistemas de salud de Chile, Brasil, Argentina, Perú, Ecuador, Costa Rica (Alcalde, Lazo, & Nigenda, 2011; Becerril, Medina, & Aquino, 2011; Becerril, Reyes, & Manuel, 2011; Belló y Becerril, 2011; Lucio, Villacrés, & Henríquez Rodrigo, 2011; Sáenz, Acosta, Muiser Jorine, & Bermúdez, 2011), sumadas a la evaluación crítica de la reforma en Colombia sobre los sistemas de salud en condiciones de mercado de los últimos 25 años (Franco, 2014), podemos derivar la siguiente caracterización general de los sistemas de salud: Sistemas de Salud público-privado, con financiamiento del Estado, sus trabajadores y empresarios a través de aportes obligatorios o impuestos como es el caso de Brasil.

La mayor inversión en salud de la región respecto del PIB corresponde a Argentina con un 9,6% (Belló y Becerril, 2011) seguido por Brasil, donde ambos sistemas dan baja participación al sector privado. Para el caso de Perú, destaca que más del 10% de sus 28,8 millones de habitantes están excluidos totalmente del sistema de salud a pesar de los esfuerzos de su Ministerio de Salud. La relación público-privada está presente en todos los países, con cuestionamientos en Colombia asociados a inequidad, ineficiencia y

desequilibrio financiero (Franco, 2014), controversia que para el caso de Chile se analizará más adelante. En materia de satisfacción de usuarios, ningún país refleja sistemas estandarizados de medición nacional y pública en sus diferentes niveles. Sondeos, referencias abordadas de estudios de universidades o marcos normativos que garantizan derechos, son los alcances que refleja esta perspectiva como respuesta.

El segundo foco de atención lo manifestó la OMS a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), generando pautas y recomendaciones para abordar una estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) (OPS, 2010), orientando a los países a fortalecer la red de atención primaria de salud.

Los casos de Cuba, Chile y Costa Rica, son catalogados como exitosos en cuanto a la implementación de la estrategia RISS, y considerados como los que presentan los mejores niveles de salud (Becerril, Reyes et al., 2011), con una cobertura para el caso de Costa Rica del 100%.

Entre los principales cambios observados en LAC destacan: el gerenciamiento de la salud, la expansión del sector privado, la descentralización (en muchos casos desprovista de orientaciones estratégicas claras); y la fuerte presión de grupos específicos de la población. Sumado a todo ello, una fragmentación de los sistemas sanitarios como problema principal observado entre los niveles de atención (OPS, 2010).

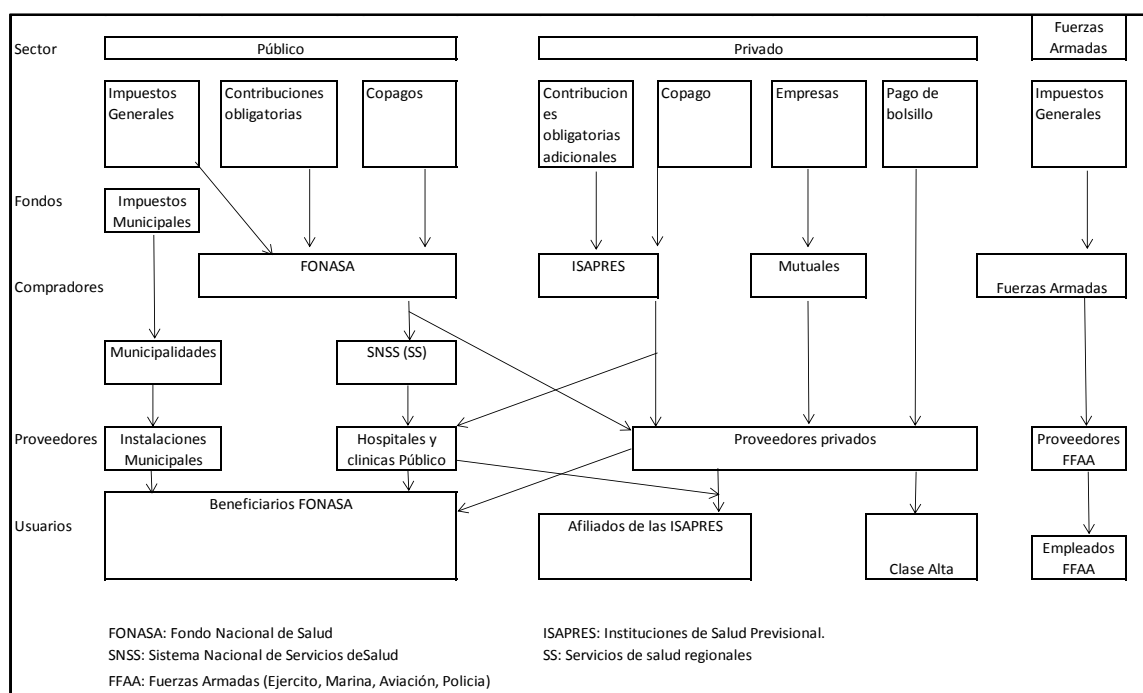
El tercer foco de atención son los hospitales. América Latina, mantiene los desafíos de eficiencia, eficacia y equidad que se espera de una institución pública como retos adaptativos, (Díaz, 2011). No escapa de sus características estructurales la diferencia de realidad de un país a otro y los similares procesos de acreditación como los que inicia China (Allen et al., 2014). Sus características se pueden sistematizar en las siguientes: metas sanitarias individuales, provisión y financiamiento centrados en la oferta, concentración de especialistas, concentración de financiamiento, procesos asistenciales desintegrados, con importantes problemas de gobernanza y una fuerte inestabilidad de las autoridades en el sector (Temes y Mengibar, 2011), listas de espera considerables y escases de profesionales de la salud (OCDE, 2014), todo lo cual contextualiza una realidad compleja.

3.6 Sistema de Salud en Chile.

La evolución de Chile desde 1552, año en que se funda el primer hospital en el territorio, ha tenido un proceso largo de ajustes y reformas⁶. De estos cambios, los que marcan la realidad actual de manera más estructural son los generados en 1980 con el traspaso de la Atención Primaria a los Municipios y el generado en 1981, donde se inicia un proceso de cambios a través de la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), entidades privadas como sistema de libre elección. En el año 2005 entra en vigencia la nueva ley de Autoridad Sanitaria y la Ley de Garantías Explicitas de Salud (GES) que garantizan acceso, oportunidad, protección financiera y calidad (Becerril, Reyes et al., 2011). En la actualidad se discuten en el Senado proyectos de ley que introducen nuevas reformas, las que se comentarán más adelante.

3.6.1 Organización y avances en salud.

Chile mantiene un sistema mixto público-privado, cuya organización como sistema



se describe en la ilustración 2.

Ilustración 2. Organización sistema de salud Chile. Fuente: (Becerril et al., 2011).

Los dos sectores que lo constituyen (público y privado), conforman el sistema de salud, donde el sector público está compuesto por todos los organismos del Sistema

⁶ Ver Anexo 3 Hitos de la Salud en Chile

Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el Ministerio y sus órganos independientes, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud. El sector cubre aproximadamente el 70% de la población y el sistema refleja como actores a compradores, proveedores y usuarios (Becerril, Reyes et al., 2011).

En materia de salud, la realidad chilena se puede observar en el cuadro 5 que sistematiza indicadores relevantes del país.

Cuadro 5 Indicadores de salud de Chile

Indicador	Chile		Promedio-OCDE		Posición entre los países de la OCDE*
	2012	2000	2012	2000	
Estado de salud					
Esperanza de vida al nacer (años)	78.9	76.8	80.2	77.1	26 de 34
Esperanza de vida al nacer, hombres (años)	76.3	73.7	77.5	74	26 de 34
Esperanza de vida al nacer, mujeres (años)	81.4	80	82.8	80.2	27 de 34
Esperanza de vida a los 65 años, hombres (años)	17.1	15.5	17.7	15.6	26 de 34
Esperanza de vida a los 65 años, mujeres (años)	20	19.3	20.9	19.1	28 de 34
Mortalidad por enfermedades cardiovasculares (tasas estandarizadas según edad por cada 100,000 habitantes)	236.6 -2011	311.4	296.4	428.5	23 de 34
Mortalidad por cáncer (tasas estandarizadas según edad por cada 100,000 habitantes)	210.2 -2011	237.6	213.1	242.5	18 de 34
Factores de riesgo para la salud (conductuales)					
Consumo de tabaco entre adultos (% de fumadores diarios)	29.8 -2009	33 -2003	20.7	26	2 de 34
Consumo de alcohol entre adultos (litros per cápita)	7.9 -2010	6.2	9	9.5	25 de 34
Tasas de obesidad entre adultos, reportada (%)	12.1 -2009	2.5	15.4	11.9	23 de 29
Tasas de obesidad entre adultos, medida (%)	25.1 -2009	24.5 -2003	22.7	18.7	7 de 16
Gasto en salud					
Gasto en salud como % del PIB	7.3	6.4	9.3	7.7	29 de 34
Gasto en salud per cápita (EE.UU. \$ PPP)	1577	610	3484	1888	30 de 34
Gasto farmacéutico per cápita (EE.UU. \$ PPP)	204	112 -2003	498	300	32 de 33
Gasto farmacéutico (% del gasto en salud)	13.4	14.2 -2003	15.9	17.9	22 de 33
Gasto público en salud (% del gasto en salud)	49.2	52.1	72.3	71.4	33 de 34
Pagos por cuenta propia para el cuidado de la salud (% del gasto en salud)	31.9	42	19	20.5	3 de 34
Recursos para el cuidado de la salud					
Número de médicos(por cada 1000 habitantes)	1.7	..	3.2	2.7	33 de 34
Número de enfermeras (por cada 1,000 habitantes)	4.2	..	8.8	7.5	31 de 34
Camas de hospital (por cada 1.000 habitantes)	2.2	2.7	4.8	5.6	33 de 34

Fuente: OCDE informe 2014

Como se puede observar, Chile ha mejorado en todos sus indicadores: la esperanza de vida subió a 78,9 años en promedio, reflejando al igual que los países de Europa

diferencias entre hombres y mujeres; las tasas de mortalidad también han descendido, aunque los factores de riesgo reflejan un alerta en alcoholismo y obesidad, cuyas tasas han subido alcanzando 7,9 litros per cápita anual y 12,1% de obesidad en adultos; el gasto en salud se sitúa en 7,3% sobre el PIB y se observa una expansión del gasto per cápita en 2,59 veces al reflejado en el año 2.000, alcanzando a US\$1.577 dólares por persona lo que indica la incorporación de recursos que ha tenido el sector. Sin embargo, la OCDE puso una alerta en el indicador de gasto público como porcentaje del gasto total, del 49,2%, indicador muy por debajo del reflejado en la OCDE que en promedio es superior al 70%.

El país cuenta en atención primaria con un total de 525 consultorios, de los cuales 236 corresponden a Centros de Salud Familiar (CESFAM); en materia hospitalaria, el sistema de salud dispone de 199 hospitales públicos (incluye 10 delegados) contra 222 privados de todas las complejidades (Ministerio de Salud, 2014; Becerril et al., 2011).

3.6.2 El mercado de la salud.

Como se señaló anteriormente, el mercado de la salud se distribuye en actores públicos y privados, y dentro de él, las ISAPRES constituyen un oligopolio compuesto por empresas que se han conformado para prestar servicios de salud a sus afiliados. Su composición corporativa se detalla en el cuadro 6.

Cuadro 6 Composición de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), empresas relacionadas y participación de cotizantes

Grupo	Isapre	Cotizantes	Participación	Centros Hospitalarios	Centros Ambulatorios	Hospitalización Domiciliaria
Banmedica	Banmedica	318.364	20,6%	Santa Maria	VidaIntegra	Home Medical Clinic
	Vida Tres	71.990	4,7%	Dávila		
Cruz Blanca Salud	Cruz Blanca	305.241	19,8%	Vestucio		
				Clinica Reñaca	Integramédica	Clinical Service
Red Salud CChc	Consalud	335.477	21,7%	Antofagasta Clinica San José de Arica		
				Tabancura	Megasalud	
				Bicentenario		
Colmena	Colmena Golden Cross	248.038	16,1%	Avansalud		
				Centro Médico Dial		Dial Médica Hospitalización Domiciliaria
Ferrosalud	Ferrosalud	12.541	0,8%	Clinica Central	Centros Médicos Plusmédica	
Mas Vida	Masvida	206.974	13,4%	Clinica Las Lilas		
				Clinica Universitaria de Concepción		
Cotizantes Sub Total		1.498.625	97,1%			
Isapres cerradas (6)		44.967	2,9%			
Cotizantes Total		1.543.592				
Fuente: Estadísticas básicas sistema marzo 2012 Superintendencia de Salud, Estudio Fiscalía Nacional Económica Mercado Isapres, 2012: Isapres cerradas corresponden a 6						

La estructura oligopólica que se ha configurado ha evidenciado procesos de integración vertical, (que presentan ventajas y desventajas) en los cuales, las preocupaciones van relacionadas con la reducción de la competencia (Tobar, 2012). Junto a ello existe molestia ciudadana reflejada en la alta tasa de recursos de protección presentados por los usuarios al poder judicial, estimándose en un 70% del total de causas que la justicia ve, cuya expresión culminante es la sentencia N° 1.710 del año 2010 del Tribunal Constitucional que declaró inconstitucional la clasificación de riesgo de las aseguradoras privadas de salud y activó movilizaciones de los diferentes actores sociales y gremiales (Zúñiga, 2014). Los resultados financieros de las ISAPRES, aumentan el debate, puesto que sus rentabilidades sobre capital alcanzan a un 28,5% en promedio anual para el periodo 2001-2014, con márgenes importantes tal como se reflejan en la ilustración 3 (Superintendencia de Salud, 2014). De esta forma, diferentes actores han presionado por una reforma al sistema, la que fue presentada en el 2011 (Ministerio de Salud, 2011), sin grandes avances hasta el presente año en términos resolutivos.

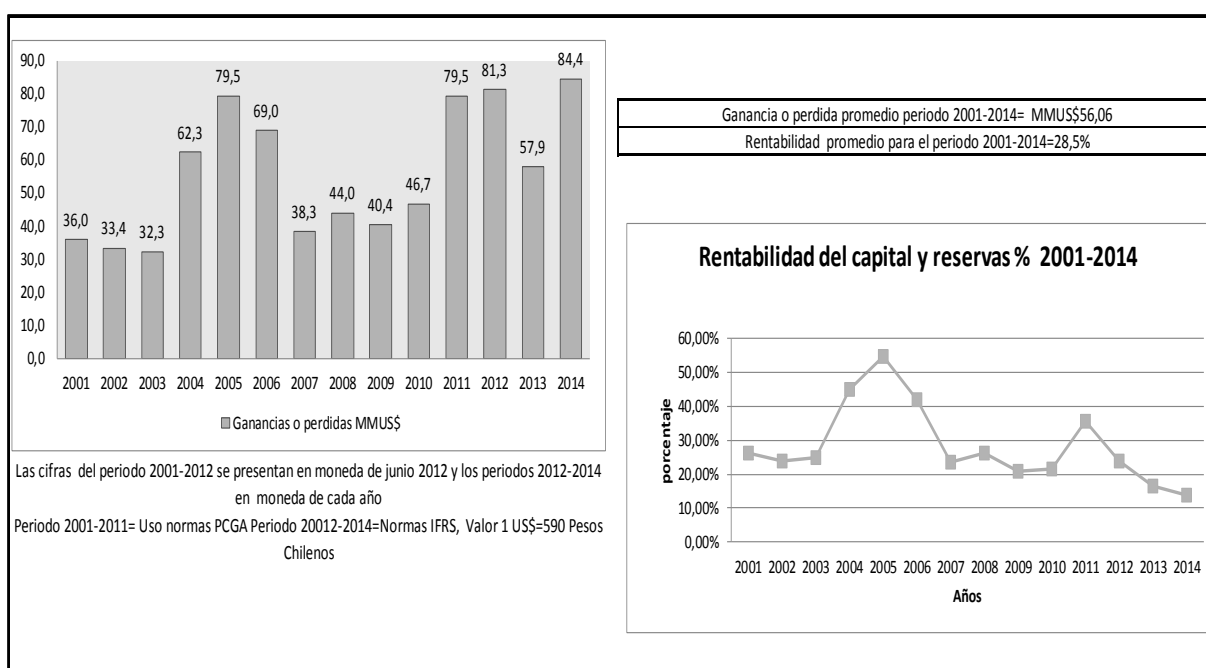


Ilustración 3. Resultados financieros sistema de salud previsional (ISAPRES) Fuente: Superintendencia de ISAPRES, Chile, 2014.

3.6.2.1 Inversiones hospitalarias.

En Chile, tras las reformas abordadas en los '80 en salud, las recomendaciones del Banco Mundial y el Fondo Monetario a fines de esa década (Banco Mundial, 1993) en

orden a incorporar nuevos actores (privados), el país inició un desarrollo de inversiones bajo la asociación público-privada, la cual en 15 años se ha evidenciado en materia de inversión en infraestructura pública (Bitrán & Villena, 2010). Es así como el actual gobierno mantiene una activa agenda en el sector y una cartera de inversiones importante: en atención primaria, por ejemplo, considera la construcción de 100 centros de atención, además de 40 hospitales de distinta complejidad, 20 de los cuales estarían terminados en los próximos 4 años (Bachelet 2014), detallados en el cuadro 7. En él también se reflejan las concesiones de hospitales en curso con una inversión de MMUS\$1.067 (Ministerio de Obras Públicas, 2014), lo que da un complemento importante a las reformas en el sector y evidencia la importancia que los hospitales tendrán en este modelo por definir.

Cuadro 7 Inversión de hospitales concesionados y priorizados período 2014 - 2018

DETALLE DE HOSPITAL	MONTO MMUS\$	METROS CUADRADOS	CAMAS	SITUACION
H. Antofagasta	231	114.000	671	Construcción
H.Salvador-geriatrico	293	165.000	640	Construcción
H. Félix Bulnes	231	130.000	523	Construcción
H. Maipú	132	70.000	375	Operación
H. La Florida	142	72.000	391	Operación
TOTALES	1.067	551.000	2.600	

Fuente Ministerio de Obras Publicas-Chile 2014

DETALLE DE HOSPITALES	Camas Proyectadas Nº	Costo Total Estimado MMUS\$	2014	2015	2016	2017	2018
Constr. Hosp. Alto Hospicio	229	91,8					
Reposición Hosp. De Calama	206	92,5					
Reposición Hosp. De Salamanca	19	19,1					
Reposición Hosp. De Ovalle	236	110,2					
Normalización H. Sn Antonio	160	107,5					
Reposición Hosp. De Casablanca	15	124,5					
Normalización G. Fricke Etapa 1	554	204,6					
Reposición Hosp. Chimbarongo	20	15,8					
Reposición Hosp. La Florida	20	16,3					
Reposición Hosp. Penco-Lirquen	61	51,9					
Reposición Hosp. Angol	200	109,6					
Construcción Hosp. P.Las Casas	232	125,6					
Reposición Hosp. Pitrufquen	49	39,0					
Reposición Hosp. Sn. J. de la Costa	15	12,4					
Reposición Hosp. Lanco	20	17,7					
Reposición Hosp. Futaleufú	10	14,3					
Reposición Hosp. Quellón	40	28,1					
Reposición Hosp. Puerto Aysén	34	59,7					
Reposición. Hosp. Puerto Natales	70	63,9					
Reposición. Hosp. E. González Cortéz	200	125,3					
Total de inversiones materializadas	2.390	1.430					

Nota: 1. Construcción=hospital nuevo, 2.Reposición= construcción hospital de uno existente completo 3. Normalización: Construcción sujeta a estudio según lo que indique total o parcial

Fuente: Sistema Nacional de Inversiones de Chile, 2014-Ministerio Obras Publicas⁷.

Chile ya lleva 2 décadas con importantes inversiones en hospitales, por lo que este programa complementa la renovación de su oferta hospitalaria con aquellas ya materializadas en Atención Primaria, con los resultados evidenciados a nivel internacional ya comentados.

Este contexto de reformas a nivel mundial no hace más que validar que el sector seguirá con ajustes y debates. El recorrido por los sistemas de diferentes países permite concluir los siguientes aspectos:

⁷ <http://www.concesiones.cl/Paginas/default.aspx>

El sector ha reflejado importantes avances en materia de indicadores de salud en todas las regiones del mundo.

Se mantienen las diferencias entre los países más ricos con aquellos menos ricos, brecha que sin embargo ha disminuido.

Los países han aumentado su gasto en salud, en muchos casos duplicándose en términos per cápita.

El copago se ha instalado en todos los países, indistintamente del modelo de financiamiento, como una estrategia para amortiguar el incremento en los costos de medicamentos, los que en Europa han subido aunque su gasto sanitario en sus diferentes países se ha visto contraído.

La preocupación se ha centrado en los hospitales, como organizaciones que malgastan recursos, que operan de manera ineficiente y que a la luz de los informes parecieran no ser parte de los éxitos identificados en los indicadores de salud.

China y Estados Unidos han abordado reformas estructurales importantes en estos últimos 5 años. China por su parte ha liberalizado el sector en sus provincias, ha otorgado la autonomía entregada a los hospitales (lo que ha generado dificultades para la entrega de servicios bajo una perspectiva solidaria), ha registrado presiones por parte del sector farmacéutico para que los precios no se regulen y registra un debate entre los expertos sobre el grado de liberación que debería tener la reforma (lo que resulta crucial con respecto al papel que han de jugar los hospitales). En el caso de Estados Unidos, el logro del proyecto denominado *ObamaCare*, es producto de complejas e importantes negociaciones con los diferentes actores de la salud. Resultado de tal proceso de negociación son una serie de acuerdos económicos más allá de las implicancias hacia el ciudadano, pero que se culminó y actualmente se encuentra en funcionamiento con resultados favorables y un incremento en el rol del estado como actor relevante en los servicios de salud.

En América Latina sus indicadores también han mejorado, especialmente en Cuba, Costa Rica y Chile países que reflejan buenos resultados en la estrategia RISS. Los debates sobre la estructura del sector se mantienen en Chile, Colombia y México, países precursores de la relación público-privada. Los sistemas de salud reflejan diagnósticos de fragmentación entre sus niveles y los hospitales siguen siendo instituciones de relevancia financiera que son catalogados por algunos como ineficientes.

Chile por su parte se enfrenta a reformas en proceso tendientes a perfeccionar el acceso igualitario a los prestadores de salud y la no discriminación. Mantiene una cartera

de inversiones hospitalarias bajo asociación público-privada así como bajo financiamiento del Estado, con una cartera de inversiones también importante en atención primaria.

Capítulo IV. Metodología de Investigación

El presente capítulo está orientado a describir los aspectos metodológicos de la investigación. Siguiendo las etapas definidas por Villareal (Villareal y Landeta, 2010), se partirá por la fundamentación que justifica los casos estudiados y su selección. Posteriormente y basado en hipótesis, se describirán los modelos generales para estudios de red y de cada hospital abordado. Luego se identificarán recursos utilizados para el levantamiento de información cualitativa y cuantitativa. Desde esta metodología general de los estudios, se abordará una descripción metodológica específica identificando instrumentos y niveles de profundidad de los análisis, tanto en los estudios cualitativos como cuantitativos. Los fundamentos teóricos de cada sección se describirán distinguiendo entre modelos teóricos, normas respaldadas con resolución, criterios referenciales acordados con los equipos de los Ministerios de Salud y Ministerio de Desarrollo Social en los procesos de revisión y guías de referencia, en particular para el diseño y levantamiento de la información.

4.1 Justificación de las Propositiones y Selección de Casos

El primer aspecto que se abordará guarda relación con los criterios que predominaron en la selección de los casos estudiados, criterios que se detallan en el cuadro 8:

Cuadro 8 *Criterios para seleccionar los casos estudiados*

CRITERIOS		H. Puerto Saavedra	H. Nueva Imperial	Consultorio Especialidades Miraflores	H. de Pitrufquen	H. de Victoria	H. de Villarica	H. Santa Cruz	H. Regional de Rancagua	H. Curacautin	H. Lautaro	H. Oncologico	H. Roberto del Rio	H. Psiquiatrico	H. San Jose	H. de Til Til
Resultados analisis	Normalización	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					
	Estudio											x	x	x	x	x
Niveles de complejidad.	Especializado referencia nacional											x	x	x	x	
	Alta complejidad							x				x	x	x	x	
	Mediana complejidad		x	x	x	x	x	x								
	Baja complejidad	x								x	x					x
Gestión en red			x	x	x			x	x			x	x	x	x	x
Urbano-Ruralidad		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x
Socio-económico		x	x	x	x	x	x	x		x	x					x
Interculturalidad		x	x	x	x		x			x	x					
Uso de tecnología	Alta							x				x	x	x	x	
	Media			x		x		x								
	Baja	x	x		x		x			x	x					x
Localización	Sur	x	x	x	x	x	x			x	x					
	Centro							x	x							
	Region Metropolitana											x	x	x	x	x
	Norte															

Fuente: Elaboración Propia. Nota: Existen hospitales donde se ha utilizado el nombre de la comuna, más que el oficial para su fácil identificación en el país.

Son 8 los criterios que fueron considerados para abordar la selección de los casos. El primero de ellos es la causa del estudio, donde las posibilidades eran Normalizar, que corresponde al proceso de análisis integral para rediseñar el hospital, siendo 10 hospitales orientados a ese fin y Diagnóstico, que fue un estudio acotado sólo al área de prestaciones bajo diagnóstico con la finalidad de identificar problemas en la red de hospitales, concepto en el que se seleccionaron 5 hospitales, 3 de los cuales son de referencia nacional (Psiquiátrico, Oncológico y Roberto del Río para niños).

El segundo criterio es nivel de complejidad, donde los casos permiten cubrir todas las complejidades que el país ha definido: baja, mediana, alta complejidad y dentro de esta última la especializada de referencia nacional.

En tercer lugar aparece el criterio de gestión en red, donde varios hospitales son referencias de otros a nivel de una región como a su vez a nivel nacional.

El cuarto criterio fue cobertura y concentración poblacional bajo parámetros urbano-rural, de tal forma de ver efectos en las prestaciones tras la diversidad de localización de los usuarios y su accesibilidad a los servicios de salud.

El quinto corresponde a características socio-económicas. La región de La Araucanía es la más pobre a nivel país, con comunas que escapan a los indicadores de pobreza nacional, tal como se verá en su caracterización, permitiendo analizar las implicancias en zonas vulnerables, en la prestación de servicios.

El sexto criterio guarda relación con la interculturalidad. A este respecto, los Hospitales de Imperial y de Puerto Saavedra, reflejaron en los estudios mayor participación y adaptación a la realidad territorial, indistintamente que otros establecimientos en sus comunas también tienen presencia de usuarios y pertinencia intercultural.

El séptimo, uso de tecnología, es un criterio donde los hospitales de referencia nacional y regional son los que mantienen la mayor inversión y el personal más especializado, concentrando por ende un presupuesto significativo y la preocupación permanente de los directivos por su relevancia en la red de atención.

Por último, por el criterio de localización, dada la extensión del país se concentró el análisis en la Región Metropolitana, en la zona centro en la Región de O'Higgins y en el sur en la Región de la Araucanía.

Bajo estos criterios, se cubre la diversidad de situaciones que pudieran darse en materia hospitalaria. Si bien la atención primaria no es parte de la prioridad del estudio, en la Región Metropolitana se abordaron algunos análisis relacionados con el vínculo de los hospitales, antecedentes que se identificarán sucintamente en los resultados, destacando que los hospitales de baja complejidad se sitúan en ofertas equivalentes con la diferencia de disponer o no de hospitalización.

4.2 Hipótesis de Trabajo

Dado los casos descritos, los criterios para su selección y su contexto descrito en los capítulos previos, las hipótesis planteadas para este estudio guardan relación con la eficiencia hospitalaria pública y la calidad en sus procesos, aspectos que nacen de preguntas iniciales de investigación como: ¿Son ineficientes los hospitales públicos? ¿Qué factores y variables influyen en sus procesos que impactan en la eficiencia y calidad en la atención? ¿Cuál es la relación que existe entre las unidades en los procesos hospitalarios considerados como sistemas? Bajo estas preguntas y con los antecedentes teóricos y de contexto, a continuación se describen las hipótesis planteadas:

- Hipótesis 1: La Fragmentación, en los procesos influye en la calidad y eficiencia hospitalaria pública.
- Hipótesis 2: Las Variables que definen los procesos en los productos finales condicionan la interpretación de los indicadores de calidad y eficiencia.
- Hipótesis 3: La integración del sistema hospitalario bajo modelo de eficiencia integral, permite la detección de necesidades en hospitales públicos.

4.3 Descripción Metodológica General

Abordado los objetivos, preguntas planteadas, las hipótesis y la fundamentación de la selección de los casos estudiados, se describirán los métodos y recursos de la investigación utilizada, el diseño de instrumentos y protocolos para el levantamiento y análisis de información cualitativa y cuantitativa que permitan valorar la validez de las hipótesis.

Esta metodología considera dos enfoques de análisis. Uno bajo perspectiva de red de atención y el segundo asociado al análisis específico hospitalario. A continuación se describen ambas en términos generales detallando las de mayor profundidad que se han empleado en las investigaciones empíricas realizadas.

4.3.1 Metodología general de red de atención.

Considerando las guías metodológicas emanadas del Ministerio de Salud, las referencias bibliográficas de diseño organizacional (Hall, 1996; Mintzberg, 1990; Moreno Luzón, 2001) y otras más recientes que actualizan algunos conceptos como las editadas por el *Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social* (ILPES-CEPAL) (Silva y Sandoval, 2013) se ha elaborado la definición metodológica de los estudios llevados a cabo. En este contexto, el proceso se iniciará con el estudio de la red y los aspectos generales que conforman esta etapa de definiciones, que a su vez condicionan los estudios en cada hospital analizado. Este proceso permite definir niveles de complejidad, cartera de servicios y forma de agrupar los diferentes dispositivos sanitarios. A continuación se describe en la ilustración 4 los elementos fundamentales de dichos estudios.

Los factores distintivos respecto de un estudio tradicional, se asocian al enfoque en Red de los recursos disponibles y su reorganización para un adecuado funcionamiento y

entrega de prestaciones de salud, todo esto en función de la redefinición de su cartera de servicios.

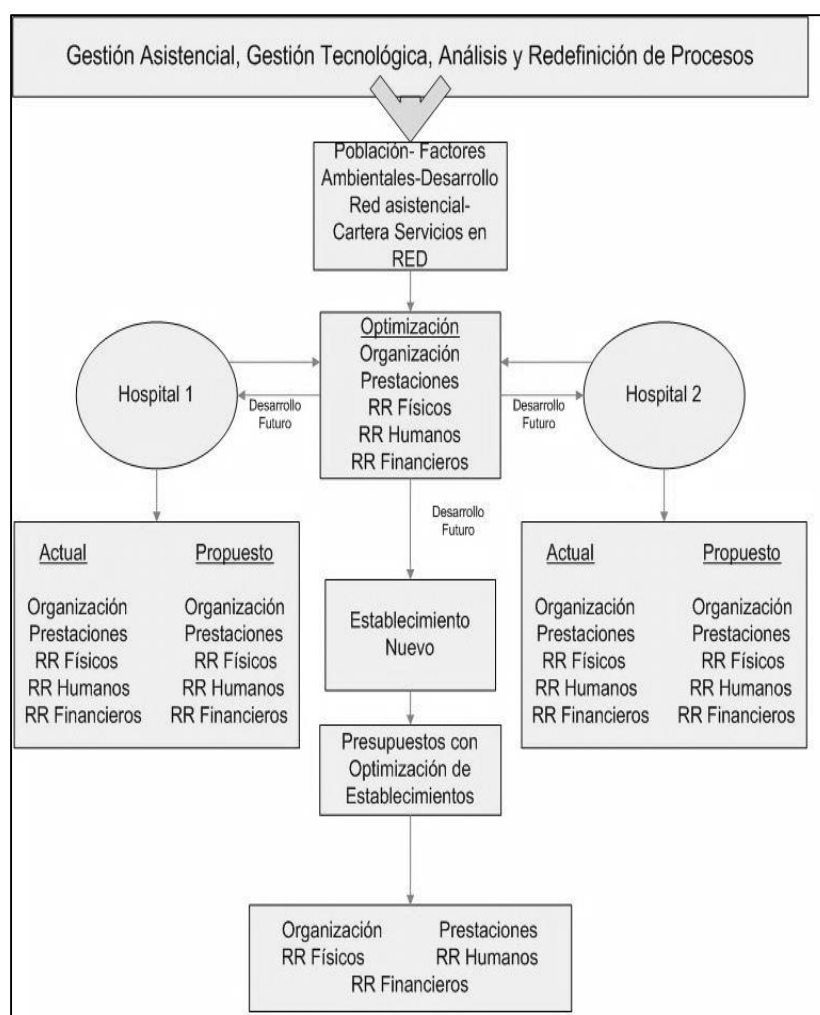


Ilustración 4. Modelo general para estudios de red. Fuente: Elaboración propia con referencias MINSAL de estudios de red.

El análisis en red implica considerar escenarios optimizados bajo adecuación de falencias operacionales que frenen los procesos (equipos, personal especializado, recursos financieros, planta física, insumos, entre otros). También estos estudios permiten observar la localización inadecuada de recursos humanos o físicos versus la demanda de las poblaciones objetivo, fortaleciendo la eficiencia y relocalización en red.

Para efectos de este estudio, el análisis en red se abordará en los establecimientos de alta complejidad y principalmente orientado al área de prestaciones, para contrastar la relación entre oferta y demanda a nivel hospitalarios.

4.3.2 Metodología general de estudio hospitalario.

La metodología que se aborda en los estudios, se basa en las pautas y referencias que el Ministerio de Salud entrega a los equipos de trabajo, y que son complementadas con las exigencias del Ministerio de Desarrollo Social; (responsable de la evaluación técnica del sector). Esta metodología se describe en la ilustración.

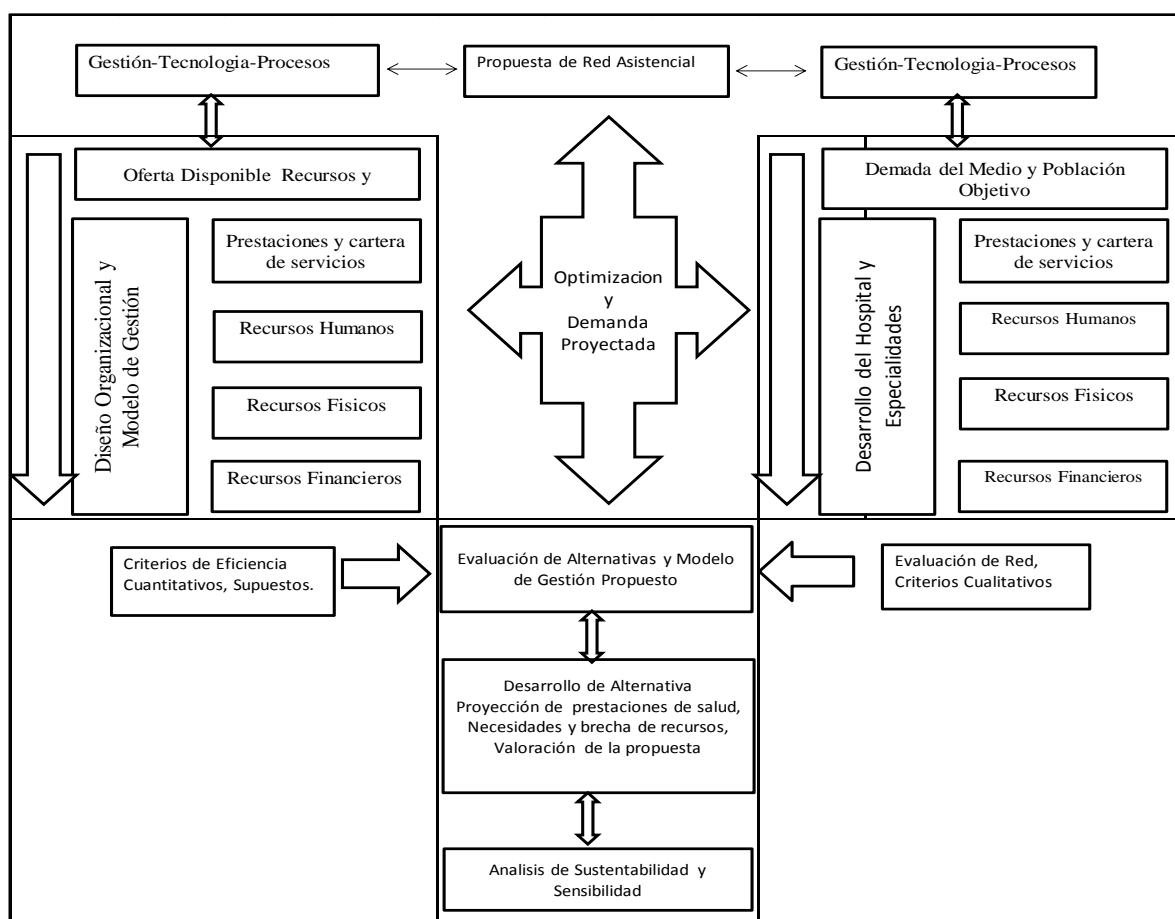


Ilustración 5. Etapas y modelo metodológico estudios EPH. Fuente: Fuente: Elaboración propia en base a procesos de proyectos y referencias <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/>

A continuación se describen de forma general los estudios referenciales, cuantitativos y cualitativos, los que se profundizarán de forma más específica en los siguientes apartados.

A. Estudios referenciales cuantitativos:

Etapa 1. La definición de una propuesta de red: determina los niveles de complejidad y el rol del hospital, así como la cartera de servicios de salud que éste asumirá. Estos son los

insumos iniciales del proceso, que emanan desde los servicios a los equipos que abordarán los estudios. Sus objetivos y resultados se describen a continuación:

Objetivos:

- Caracterizar la red asistencial del servicio de salud donde se inserta el EPH y su relación con otros de mayor y/o menor complejidad.
- Describir los dispositivos de desarrollo de la red asistencial en sus diferentes áreas de trabajo.
- Describir la cartera de servicios del establecimiento actual y propuesta.

Resultados:

- Informe de caracterización de la red asistencial del servicio de salud.
- Descripción de desarrollo de prestaciones de las unidades de prestaciones finales y de apoyo.
- Informe con cartera de servicios actual y propuesta para el establecimiento.

Descripción de componentes:

RESULTADOS	DESCRIPCIÓN DE COMPONENTES
Caracterización de la red asistencial	<ul style="list-style-type: none"> En este componente, se deberá describir la red asistencial del servicio de salud, sus diferentes establecimientos según el nivel de complejidad definido: atención primaria, mediana complejidad y alta complejidad.
Descripción de desarrollo de dispositivos sanitarios y prestaciones Finales e intermedias.	<ul style="list-style-type: none"> La propuesta de desarrollo del servicio deberá considerar las siguientes áreas de trabajo básicas: <ul style="list-style-type: none"> Nivel primario: Mediana complejidad: Alta complejidad Para el EPH serán indispensables las definiciones de la mediana y alta complejidad en red. Se deberán describir el desarrollo de las siguientes áreas de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> Red de dispositivos de mediana y alta complejidad. Red de atención, consultas de especialidad y servicios de apoyo. Red de atención Hospitalización (especialidades y camas: básicas, de cuidado preferencial, intermedia e intensivas) y sus servicios de apoyo. Red de Urgencia y propuesta de desarrollo y sus servicios de apoyo. Red de salud mental. Red de salud Odontológica. Red de servicios de apoyo clínico,

Los estudios sectoriales asociados a laboratorio, pabellones, unidad de paciente crítico, psiquiatría, etc., disponen de guías referenciales técnicas para su diseño, las que se consideran en los estudios y valorizan respecto de su sustentabilidad.

Etapas 2. Diagnóstico: la etapa de diagnóstico considera el levantamiento de información cuantitativa y cualitativa de los recursos disponibles en el establecimiento. Se inicia con la definición y análisis del área de influencia, para posteriormente abordar un levantamiento de las prestaciones de salud, en todas sus áreas, recursos humanos, recursos físicos

(incluye infraestructura, instalaciones, y equipamiento), recursos financieros, diseño organizacional y modelo de gestión, bajo guías que emanan del Ministerio, en cada uno de sus recursos (Departamento de inversiones, Finanzas, Personal y Recursos Físicos del MINSAL). Levantada esta oferta de recursos, se realiza una sistematización de problemas a resolver. La selección de los indicadores bases, consultas de urgencia y especialidad, egresos y producción de servicios de apoyo clínico, diagnóstico y terapéutico, se rigen bajo el sistema de clasificación CIE-10 (OPS, 2003).

Etapas 3. Proyección de demanda: esta etapa considera una estimación de la demanda, la que se construye sumando a los datos observados, las listas de espera y el desarrollo de especialidades para la población objetivo de cada especialidad y área de trabajo. Se incorporan al análisis las restricciones de oferta de especialistas en el medio externo y las características territoriales. Se integra a su vez en su cálculo la oferta real y la oferta optimizada siendo estos tres análisis dinámicos e integrados.

Etapas 4. Proceso de optimización (equilibrio de oferta y demanda): consistente en definir escenarios de eficiencia óptima de los recursos disponibles, para lo que se aborda un proceso de máxima productividad posible dados los recursos humanos actuales y adaptando las falencias de procesos que requieran, equipos, personal de apoyo, insumos, etc. El modelo de eficiencia fue descrito en el marco teórico, mientras que en la metodología específica se detallarán algunos criterios que aborda la optimización. La integración de estas tres etapas permite obtener como resultado la demanda que captará el proyecto en materia de prestaciones en sus áreas de trabajo. Se continúa con la determinación de demanda específica de recursos humanos, físicos, operativos y financieros que satisfaga la proyección de prestaciones de salud definida.

Etapas 5. Evaluación de alternativas: en esta etapa se consideran opciones de estrategias posibles para hacer frente a la demanda definida, como evaluaciones de concentración, compra de servicios, ajustes al diseño organizacional, definiciones de nuevas unidades, entre otras medidas de eficiencia y modernidad, todas las cuales se evalúan bajo un análisis de valor actual de costos (VAC) como herramienta de apoyo, a la cual se suman criterios como el valor actual neto (VAN) y tasa interna de retorno (TIR), para áreas como pensionado o diálisis, considerando los escenarios posibles y la conveniencia para el hospital. A estas herramientas de análisis se incorporan factores no cuantificables como

restricción de oferta privada en la zona o riesgo de no ser abastecidos oportunamente, lo que implica ver niveles de conectividad y redes viales.

Etapa 6. Propuesta final: Finalmente, se describe el desarrollo de la alternativa seleccionada, se propone un plan de implantación general, valorando inversiones, gastos de operación y determinando las brechas respecto de la situación actual en todos sus recursos, sensibilizando la propuesta. Esta es sensibilizada para análisis de sustentabilidad, lo que facilita el programa de implantación de la propuesta.

B. Estudios referenciales cualitativos:

Para los estudios cualitativos, la base conceptual considera los modelos descritos en Anexo8 (Hall, 1996; Mintzberg, 1990; Moreno & Luzón, 2001). En función de ellos se elaboraron las encuestas, la metodología operativa para grupos focales y las entrevistas, (estas últimas entendidas como instrumentos de validación al contrastar lo informado con lo consultado en las encuestas abiertas). Las encuestas semi-estructuradas se utilizaron para el diagnóstico organizacional (clima, descripciones de cargo, sistemas de información, problemas que identifican las unidades, procesos de planificación y control por parte de unidades o directivos intermedios). Se ordenó la información a través de problemas comunes, propuestas y requerimientos según las áreas de análisis, con el fin de homogeneizar sus conclusiones bajo conceptos asociativos. El detalle de los instrumentos se encuentra en el Anexo9. Para los procesos de observación directa al seguimiento de pacientes tanto para validar como complementar los análisis, se utilizó el diagrama de flujo de secuencia en los procesos principales y vínculos con servicios de apoyo así como a rutinas de trabajo (Muñoz, 1999). Todo lo anterior fue desarrollado con el apoyo de equipos interdisciplinarios.

4.4 Descripción Metodológica Específica.

Considerando el perfil de los casos estudiados, su finalidad y el nivel de profundidad para los hospitales de diagnóstico, forman parte de los estudios integrales abordados en los estudios de normalización. Por esta razón se describirán estos últimos identificando las diferencias de profundidad.

⁸ Ver Anexo 4. Enfoques conceptuales para diseño de organizaciones.

⁹ Ver Anexo 5 Instrumentos para diagnóstico variables cualitativas.

4.4.1 Diagnóstico de prestaciones y población.

A continuación se describen los criterios e información base para los procesos diagnósticos.

4.4.1.1 Población y población objetivo.

Para la formulación de proyectos, existen diferentes tipos de poblaciones según la forma como éstas se agrupan bajo elementos comunes. La definición más amplia se asocia a la población del Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (*Población INE*), la que es obtenida a través de los censos que se desarrollan en el país cada 10 años. Por otra parte, la *población beneficiaria*, que corresponde a aquella definida por la Ley 18.469. Para efectos de los estudios se utilizará una tercera clasificación denominada *población usuaria*, entendiéndose como tal aquella población “estimada” que efectivamente utiliza los servicios de atención en Salud Pública, pudiendo ser esta del sector privado o público. Esta información se construye a través de ajustes a la *población INE* y su relación con la *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional* (CASEN) aplicada por el Ministerio de Desarrollo Social. Esta población es entregada por el Ministerio todos los años y se desagrega en población usuaria de atención abierta (consultas de especialidad y urgencia) y población usuaria de atención cerrada (para atención de hospitalización), la cual es desagregada por comuna para su definición según cada especialidad médica.

4.4.1.1.1 Población objetivo por especialidad.

Tomando como referencia la población general, a continuación, se describen las poblaciones objetivo por especialidad a utilizar en los estudios.

Cuadro 9 Poblaciones objetivo por especialidad

ESPECIALIDAD	POBLACION OBJETIVO POR EDAD	ESPECIALIDAD	POBLACION OBJETIVO
Broncopulmonar	Mayor 15	Cardiología	Mayor 15
Cirugía General	Mayor 15	Cirugía Infantil	Menor 15
Dermatología	Todas	Endocrinología	Todas
Fisiatría	Todas	Gastroenterología	Mayor 15
Geriatría	Mayor 65	Ginecología	Mujer Mayor 15
Hematología	Mayor 15	Medicina Alta complejidad	Mayor 15
Nefrología	Mayor 15	Neurocirugía	Todas
Neurología	Mayor 15	Obstetricia	Mujer Entre 15-45
Oftalmología	Todas	Otorrinolaringología	Todas
Reumatología	Mayor 15	Traumatología	Mayor 15
Maxilo Facial	Mayor 15	Odontopediatría	Mayor 15
Periodoncia	Mayor 15	Endodoncia	Mayor 15
Ortodoncia	Mayor 15	Urgencia	Infantil: Menor 15 Adulto: Mayor 15 Mujer Obst. Mayor 15

Fuente: MINSAL, para los estudios EPH.

4.4.1.2 Criterios de optimización.

Para la etapa de optimización se utilizarán criterios óptimos en cada área de trabajo. Estos criterios, se evalúan en cada hospital según la realidad del mismo y se ajustan en función de evidencia fundada. Junto a ello se han construido en función de guías y referencias ministeriales para estos estudios, existiendo guías para áreas críticas, (Unidad de tratamiento intermedio e intensivo), pabellones, laboratorios, esterilización por mencionar algunos. En el cuadro siguiente se detallan algunos de los criterios utilizados en cada área, y en el Anexo¹⁰ se puede ver el detalle completo de los criterios de optimización.

¹⁰ Ver Anexo 6 Criterios referenciales para optimización.

Cuadro 10 *Criterios de optimización general*

AREA	COMPONENTES	CRITERIOS REFERENCIALES
Criterios generales	Horas de funcionamiento de Hospitales.	· 8 horas diarias para para consultas de especialidad
	Semanas del año.	· 24 horas diarias atención hospitalizados y urgencia.
	Días hábiles para consultas de especialidad.	· 50 semanas año
	Días para atención hospitalización y consultas de urgencia	· 250 días
	horas anuales jornadas completas	· 365 días.
	Ausentismo del personal	· 2200
		· 10% a 14% según área de trabajo, estamento y diagnóstico, seleccionando el menor.
Consultas de Especialidad	Rendimiento consultas de especialidad	· 2 pacientes por hora para especialidades de psiquiatría, neurología y neurocirugía. · 4 pacientes por hora para el resto de las especialidades, aplicando criterios similares para profesionales según su rol y tiempos observados · Definir protocolos de derivación y atención
Atención de hospitalización	Rendimiento visita de sala.	· Promedio entre 3 y 4 pacientes por hora para resto de especialidades. Definido entre el equipo local y la instancia revisora sujeto a estudio que incorpore análisis de riesgo dependencia. · Para cualquier ajuste por sobre estos parámetros referenciales o casos especiales de impacto en el total de los egresos del establecimiento, se deberá realizar una propuesta técnica que defina el proceso de atención, sus tiempos involucrados reales y óptimos.
	Gestión bajo categorización de pacientes.	· Bajo metodología de riesgo-dependencia, Con Clasificación A,B,C,D y sus subcategorías (1,2,3).
		· Para camas críticas: Unidad de tratamiento intermedio (UTI) o unidad de ciudades intensivos (UCI) se complementará con protocolo médico bajo estudio.
	Tasa de ocupación de camas.	· 80% tasa de ocupación establecimientos de mediana y alta complejidad. · 75% camas críticas (UTI y UCI)
	Promedio de días de estada	· Los promedios días de estada a ser utilizados en la proyección de los egresos para el EPH, deberán considerar los siguientes criterios referenciales. ü · Se utilizará el promedio de días de estada menor entre resultante, de él promedio país para el servicio clínico y/o especialidad y el del establecimiento observado para el año base. ü · Podrán ser ajustados en función de un análisis de composición de egresos por diagnóstico, manejo clínico por protocolos y criterios de comportamiento poblacional muestreado o censado este último para el caso de los egresos de alta complejidad. ü · Al reflejar diferencias relevantes se recomienda sensibilizar el indicador dimensionando su efecto en las camas resultantes de la proyección
Consultas de urgencia	Consultas por Box.	· 17.510 Consultas año por Box para Infantil, materno, Adulto. · Se recomienda sensibilizar por los periodos estacionales, perfil de paciente, modelo de atención, así como los momentos de alta demanda dentro de la semana o del día según corresponda y su efecto en recintos variables.
	Categorización de Paciente.	· Criterio de nivel de gravedad de selector de demanda C1, C2, C3, C4. incorporando propuestas de gestión para su reducción definiendo metas.

Fuente: Departamento de Inversiones MINSAL, Guías de Referencia Urgencia, Pabellones, UCI, Departamento de Recursos Humanos.

Nota: Clasificación riesgo dependencia (Castillo, 2014) considera: A= Alto riesgo y dependencia y D=bajo riesgo y dependencia; Clasificación de Urgencia: C1= Emergencia, Riesgo vital atención inmediata, C2 = Emergencia evidente atención antes de los 30 minutos, C3= Urgencia, atención antes de los 90 minutos o en su defecto reevaluar, C4= Urgencia mediata, atención antes de los 180 minutos, o en su defecto reevaluar y C5= Atención general, paciente estable, educar (Guzmán y Moreno, 2011).

4.4.1.3 Diagnóstico de prestaciones de salud.

4.4.1.3.1 Procesos Principales.

El diagnóstico de prestaciones de salud se abordará considerando las áreas de trabajo de los hospitales. Se inicia por la determinación de la población ya descrita y el análisis de las prestaciones de salud en cada proceso principal. Los ámbitos se resumen en la ilustración 6 que se ha ordenado en función de las tablas de información a solicitar a los establecimientos y tipos de análisis que se abordan. Esta información se ha sistematizado en función de la experiencia de los procesos, con aportaciones de los equipos ministeriales que se indicarán cuando sean los casos.

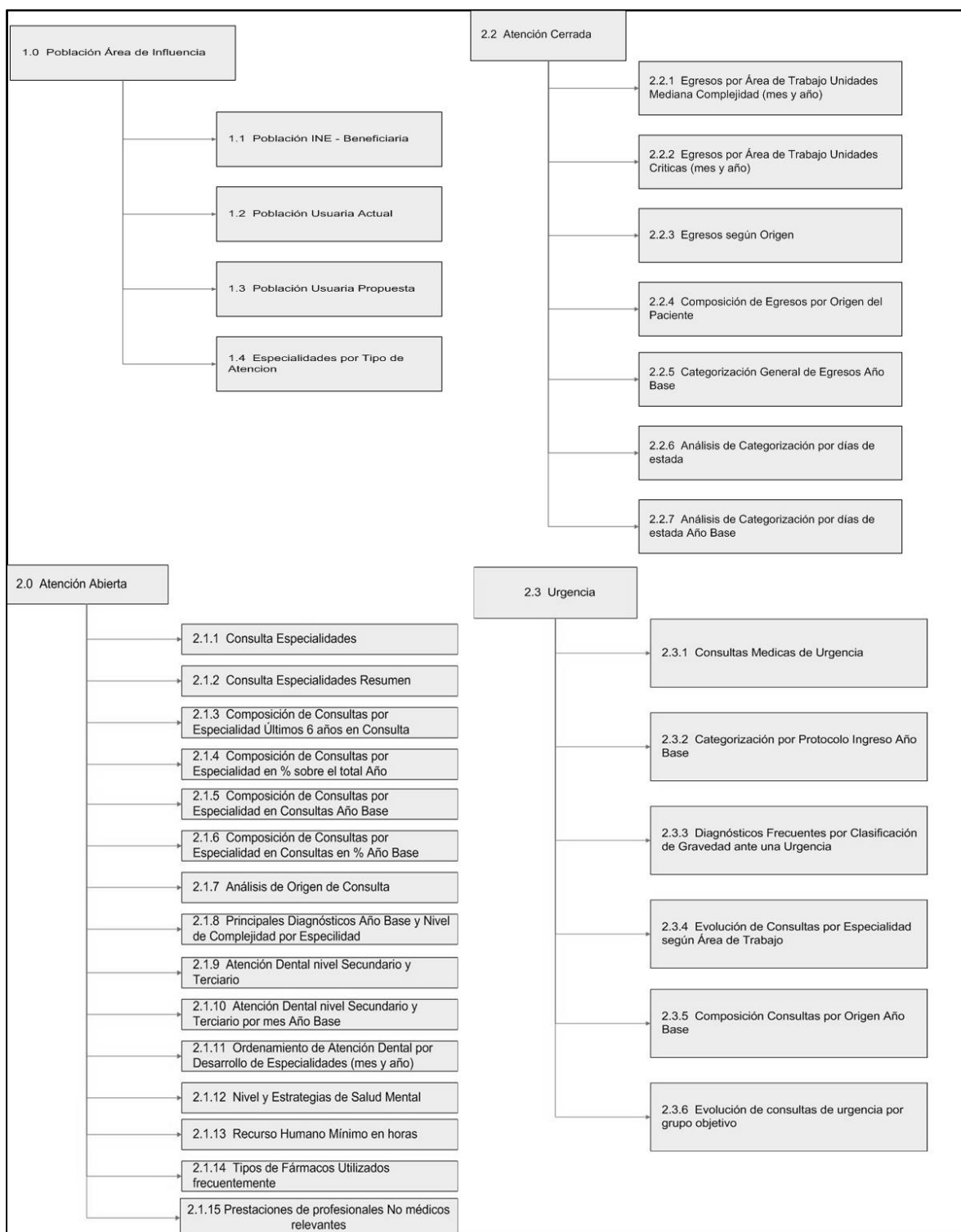


Ilustración 6. Diagnóstico de prestaciones de procesos principales. Fuente: Elaboración propia basada en EPH.

Para analizar cada área se abordaron los siguientes procedimientos según el tipo de información requerida:

Consultas de especialidad:

- En atención Abierta (consultas de especialidad), las tablas que se levantan permiten disponer de prestaciones por especialidad en términos anuales y mensuales, logrando visualizar la oferta de prestaciones que ha entregado el establecimiento, que se complementa con los recintos disponibles para consultas. Estas prestaciones, para el año base, deberán descomponerse por médico (según la especialidad y subespecialidad que corresponda) considerando las consultas efectivamente realizadas. Esto permitirá identificar omisiones en los registros, al convertir las prestaciones en promedio semanal.
- Junto a lo anterior, la composición de las consultas en términos de la relación consulta nueva –control - recetas, así como un análisis de los niveles de complejidad de las mismas por diagnóstico, permitirá identificar el grado de mediana complejidad que mantiene y el nivel de consultas que no son filtradas en el establecimiento de origen.
- Cabe destacar que para la determinación de los niveles de complejidad, no necesariamente el diagnóstico es un dato válido, debido a problemas de registros. Por ejemplo, se puede dar el caso que la consulta esté asociada a un procedimiento o intervención a desarrollar con el paciente y necesita una recomendación de especialista. En estos casos se recomienda validar el nivel de complejidad de las consultas¹¹ a través de un muestreo de fichas por mes, según especialidad.

Antecedentes complementarios:

- El detalle de consultas perdidas por especialidad y el porcentaje de éstas reutilizadas, es un complemento necesario que los estudios deberán incorporar.
- Las listas de espera y rechazos por especialidad es otro antecedente que será útil en el análisis, en especial en aquellas con escasez de horas médicas. Para validar dichas listas se recomienda separar las listas de espera por comuna y según establecimiento de referencia, al no existir homogeneidad de ésta implicará monitorear al menos durante un mes la “intención de derivación al especialista” para efectos de complementar los antecedentes disponibles. Se podrá así desarrollar un seguimiento de los resultados obtenidos, previa definición de protocolos de derivación por especialidad para tal efecto.

¹¹ Se recomienda muestreo estratificado, ver Archivo Anexo 7 tablas de análisis estadístico.

- Se suma en este complemento la tabla 2.1.8, cuadro que permite analizar las patologías GES vigentes para el establecimiento, recomendando levantar información de los últimos dos años en términos mensuales para poder dimensionar la evolución respecto de la población objetivo.
- Es relevante identificar elementos causales de fluctuaciones y estacionalidades que pueda reflejar el establecimiento en su demanda.

Atención de hospitalización:

- Para efectos del diagnóstico, será necesario disponer de los egresos anuales y mensuales por especialidad y las camas disponibles, al menos para el año base, pudiendo tener un archivo complementario con la evolución de camas disponibles. Estos egresos deberán estar agrupados por tipo de camas y por grupos objetivos para aquellas de mediana complejidad y por camas críticas, tanto intermedias como intensivas, considerándose en forma diferenciada el pensionado.
- La descripción en cifras y porcentajes por origen al menos del año base, tanto de unidades internas al establecimiento como externas a éste, es un antecedente necesario para efectos de identificar los principales usuarios de las especialidades y niveles de “equidad en el uso de camas”.
- La identificación de estrategias utilizadas y su evolución en el tiempo (categorización, protocolos clínicos, auditorías clínicas, in diferenciación de camas, etc.) son antecedentes complementarios a identificar.
- Un factor relevante a considerar, guarda relación a los egresos intra-hospital definidos normalmente como traslados. Al respecto, cuando dicho número sea significativamente alto, deberá ser considerado para la determinación de camas con la debida optimización, debiendo levantarse dicha información en esta etapa de diagnóstico de prestaciones.
- Indicadores de operación tales como, promedio de días de estada, tasa de ocupación, días cama ocupados en los últimos años y en términos mensuales, permitirán visualizar posibles estacionalidades en cada una de las especialidades.

- Respecto de su composición, la categorización de los egresos¹², es uno de los antecedentes claves para su análisis y posterior optimización en red de dichos pacientes. Junto a ello, la descomposición por origen de los pacientes categorizados, con especial énfasis en aquellos situados en categoría D y C y subcategoría, permitirá dimensionar falencias y fortalezas.

Antecedentes complementaria los datos base:

- Especial cuidado en información complementaria para el año base categorizado deberán tener los antecedentes de egresos respecto del paciente: RUN¹³, ficha, servicio de ingreso y egreso, promedio de días estada, categorización por día, cantidad de diagnósticos por paciente¹⁴, edad, sexo, domicilio, causas de mortalidad según corresponda.
- La descripción separada de “casos sociales”, asociados a pacientes que quedan en torno al establecimiento (pacientes que por su situación de marginalidad no tienen donde ir o que por su alta ruralidad requieren de ser hospitalizados para exámenes o derivaciones a centros de mayor complejidad).
- Para las unidades de cuidados intermedios y UCI, la tasa de mortalidad es un indicador complementario a analizar respecto del manejo de protocolos clínicos.

Consultas de urgencia:

- Se deberá iniciar el módulo con la descripción general de la red de urgencia.
- Las tablas permitirán identificar la evolución anual y mensual que ha experimentado el servicio de emergencias del establecimiento.
- Junto a ello, como antecedente complementario, se recomienda analizar el volumen de atenciones durante el funcionamiento de una semana de cada trimestre de funcionamiento bajo seguimiento de 24 horas. Esto con el fin de complementar requerimientos y programación de personal de apoyo en períodos de mayor demanda.

¹² Considerando que para establecimientos de mediana complejidad autogestionados, este aspecto es una exigencia, se requerirá un mínimo de 6 meses de categorización de camas para el establecimiento, con especial énfasis en camas de cuidado intermedio e intensivo.

¹³ RUN: Rol Único Nacional o número de identificación nacional del ciudadano conocido también como DNI.

¹⁴ Los pacientes de medicina y adultos, si bien ingresan por una patología por lo general tienen otras (broncopulmonar, hipertensión, diabetes, problemas cardiovasculares), lo que implica identificarlas.

- La identificación de las estacionalidades y las causas de las fluctuaciones históricas son resultados esperados como insumo para los procesos de optimización del área.
- La composición de las consultas de urgencia estarán en función de la categorización de éste, según nivel de gravedad del paciente: C1, C2, C3, C4, C5 para cada uno de los grupos de interés (adultos, mujer, niños).
- Junto a ello, se describirán las prestaciones por niveles de especialidad, y diagnóstico frecuente atendido por la unidad.
- Se deberá disponer de bases de datos, que permitan identificar: paciente (Rut, nombre, edad), diagnóstico, categorización, origen del paciente, medio de llegada, resultados de la atención (a procedimiento, hospitalización, domicilio, derivación atención primaria, fallecimiento).
- Se deberá analizar las estacionalidades de la urgencia por grupo objetivo y la forma en que el establecimiento abordó los periodos de alta demanda.

4.4.1.3.2 Procedimientos y servicios de apoyo.

La ilustración 7 refleja los ámbitos estudiados, los que se describirán posteriormente:

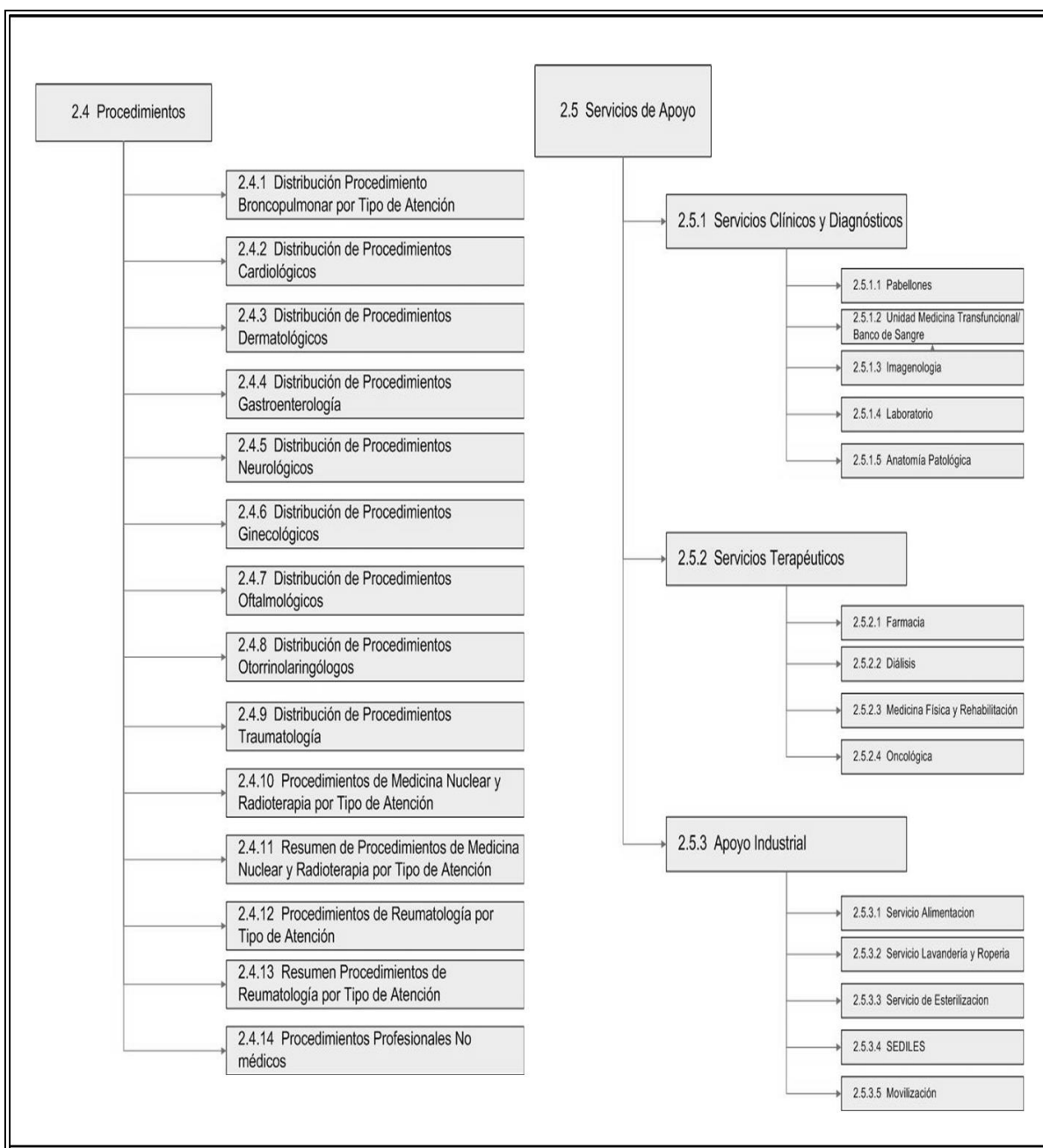


Ilustración 7. Diagnóstico de prestaciones de servicios de apoyo. Fuente: Elaboración propia en base a EPH.

- Las tablas de levantamiento de información considerarán información anual y mensual de procedimientos basados en dos criterios relevantes: ordenamiento basado en recintos y ordenamientos basados en equipos, para cada uno de los procedimientos según la especialidad y subespecialidad que se requiera.
- Un dato relevante a ser levantado como complemento de las tablas, es la identificación de causas de fluctuaciones y relaciones de procedimientos versus consultas.

- Se deberá levantar la información a profesionales no médicos, en la medida que estos requieran uso de recintos para su atención. En esta categoría se encuentran los Kinesiólogos, Fonoaudiólogos, y Terapeutas Ocupacionales, entre otros.

Validación de información:

- Los procedimientos y registros de usos de equipos en la historia de los estudios, ha sido una de las áreas más complejas de precisar y fundamentar respecto del volumen de prestaciones. Para ello, se considerarán los siguientes pasos de validación de información.
 - ✓ Validación por producción diaria hábil, que permita visualizar consistencia del dato.
 - ✓ Validación por horas programadas para procedimientos de equipo médico y/o profesional según corresponda, asociada a los recursos humanos disponibles y su restricción.
 - ✓ Validación según capacidad de producción del equipo bajo funcionamiento de ocho horas, respecto de los tiempos de duración promedio de un procedimiento e intervalos de sensibilidad.
 - ✓ Validación a través de monitoreo de consulta de la especialidad y nivel de procedimientos generados.

Intervenciones quirúrgicas (evolución, análisis y validación):

Descripción del comportamiento histórico de las intervenciones electivas, de urgencia, en sus componentes mayores y menores en términos anuales y mensuales, para poder analizar fluctuaciones y estacionalidades por especialidad si son identificables.

- Para los partos y cesáreas se requerirá información similar anual y mensual separando de éstas aquellas que corresponden a pensionado.
- Identificar la composición de las intervenciones electivas del año base según especialidad, así como la identificación de las intervenciones según diagnóstico frecuente basado en la clasificación que utiliza el Fondo Nacional de Salud (FONASA) para tal efecto.

- Junto a ello, por las especialidades que corresponda, se deberá identificar un análisis, que permita precisar aquellas intervenciones mayores posibles de ser ambulatorias.
- Es posible desarrollar un análisis especial utilizando la tabla al descomponer aquellas patologías incluidas en GES, para lo cual se recomienda tener frecuencias mensuales y datos de al menos dos años para efectos de evaluar tendencia.
- La validación de la información, puede obtenerse en función de los siguientes criterios:
 - ✓ Convertir la producción en términos diarios y contrastarla con las horas médicas programadas y de anestesistas disponibles.
 - ✓ Levantamiento de hoja de anestesia de pabellones bajo muestreo de año base.
 - ✓ La relación intervención/consulta según la especialidad en análisis.
 - ✓ La separación de procedimientos dentro de los antecedentes de producción de pabellones, en especial el de urgencia.

Antecedentes complementarios a los datos base:

- ✓ Los antecedentes requeridos para el año base serán la lista de espera según especialidad, la descripción y composición según origen del paciente, y la duración de las intervenciones promedio por especialidad.

4.4.2 Recursos humanos.

Para diagnosticar el recurso humano se abordará un análisis general histórico y una profundización para el año base funcionario a funcionario, con datos que se analizarán bajo diferentes criterios. El detalle de requerimientos se explicita en la ilustración 8:

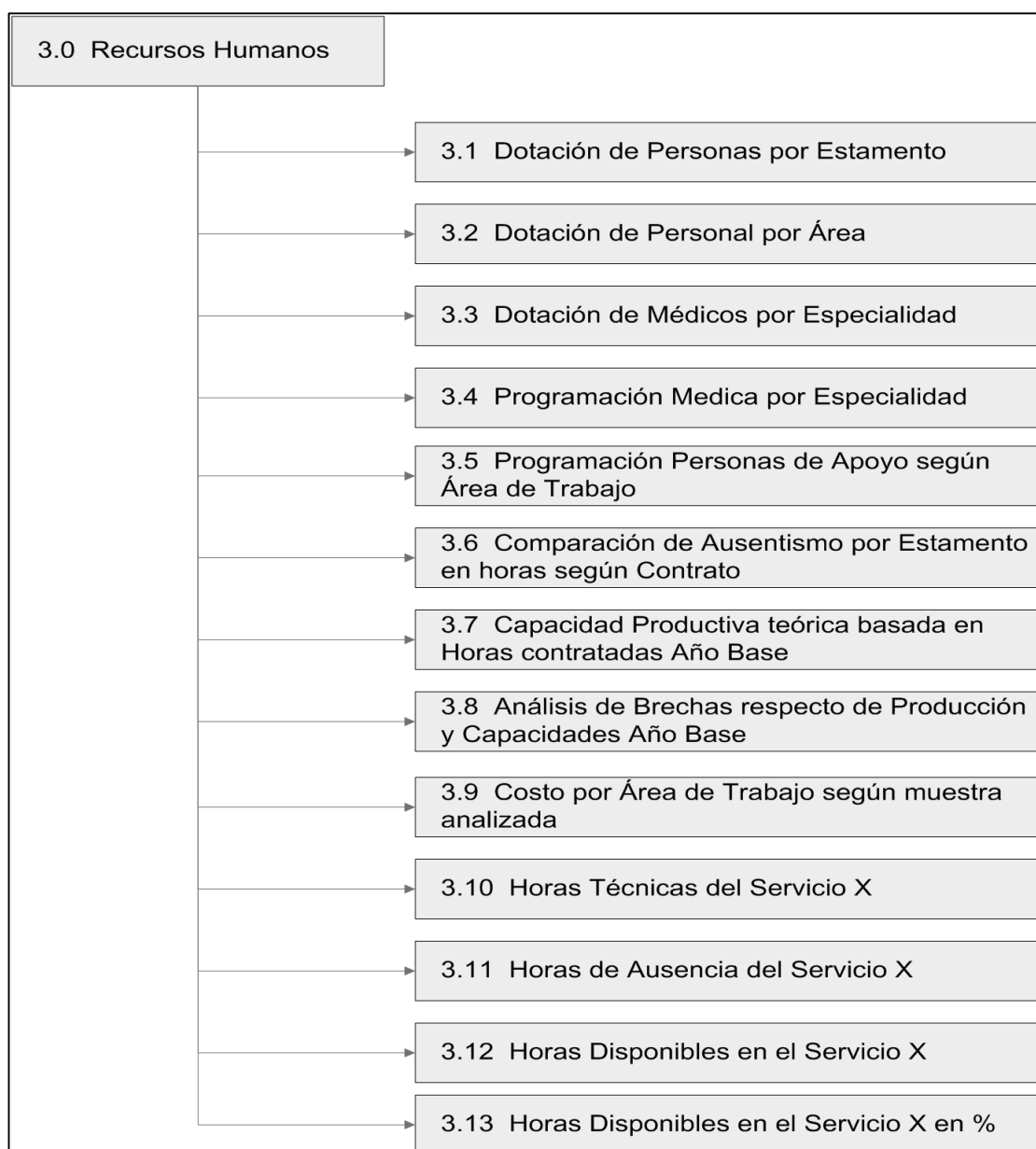


Ilustración 8. Diagnóstico de Recursos Humanos. Fuente: Elaboración propia, revisado por el departamento de Recursos Humanos Minsal.

4.4.2.1.Consideraciones metodológicas.

Caracterización.

Para efectos de caracterizar y analizar la oferta de personal, los datos a levantar por funcionario serán los siguientes: establecimiento, Rol Único Nacional (RUN), nombre completo, edad, antigüedad laboral en el sistema, sexo, servicio o unidad de origen, tipo de contrato (titular, contrata, honorarios), grado en la Escala Única de Remuneraciones

(EUR), código de escalafón, código de especialidad, horas contratadas semanales, horas contratadas anuales, programación de horas del “personal variable” y aquel que trabaja en diferentes unidades durante la semana, suplencias y reemplazos, tiempo de suplencia o reemplazo, horas extras, composición de remuneración, ingresos percibidos (total año, boletas, base, asignaciones, horas extras), ausentismo en días en el año (descanso compensatorio, feriado legal, permiso administrativo, permiso gremial, permisos sin sueldo, capacitación, licencias médicas, total de días).

Prestaciones dadas según personal variable.

Para efectos del personal médico que genera prestaciones de salud, se deberá trabajar las prestaciones efectivamente realizadas en el año base según área de trabajo o unidad cuando corresponda. Esta información base permitirá obtener las tablas descritas, así como caracterizar el personal por componente y estamento.

Análisis cuantitativos.

Los análisis deberán hacerse en términos totales y por unidades de trabajo. De esta forma será posible dimensionar la capacidad disponible en prestaciones y el nivel de ocupación bajo la situación actual. Dentro de las variables relevantes destacan:

- Edad y antigüedad, para estimar jubilaciones.
- Ausentismo por causa, para identificar aquel gestionable o no por estamento.
- Programación médica, para identificar en condiciones actuales la capacidad de prestaciones por unidades y el uso de los recursos disponibles. Esta programación permitirá distribuir los costos anuales de remuneraciones del personal médico. Similar situación se aplica a estamentos no médicos.
- Horas extras, para identificar aquellas posibles de ser gestionadas en función del ajuste en la dotación que se propondrá.
- Niveles de capacitación del personal al año base.
- Unidades normalizadas en años anteriores y uso de cargos entregados.

Análisis cualitativo.

Dentro de los diagnósticos a levantar se encuentran factores como:

- Nivel de satisfacción del personal.
- Clima laboral y resistencia al cambio.
- Políticas de selección, capacitación y desarrollo del personal.
- Identificación de áreas de apoyo a las actividades de trabajo.

Criterios de validación.

Dentro de los criterios de validación a utilizar se encuentran los siguientes: definición de contratos de año base según servicio, dotación de personal según pago de remuneraciones y validación de los jefes de unidades. Los registros de ausentismos deberán ajustarse en función de horas contratadas hábiles, ya que las horas teóricas se calculan de lunes a viernes y el ausentismo se registra en algunas unidades en forma de días correlativos, incluidos sábados y domingos. Esto podría generar sobredimensión de ausentismo.

4.4.3 Recursos financieros.

El diagnóstico financiero considera levantar la información de ejecuciones presupuestarias de los establecimientos, y actualizarla a moneda de un año base. Los principales componentes y requerimientos de información se detallan en la ilustración 9:

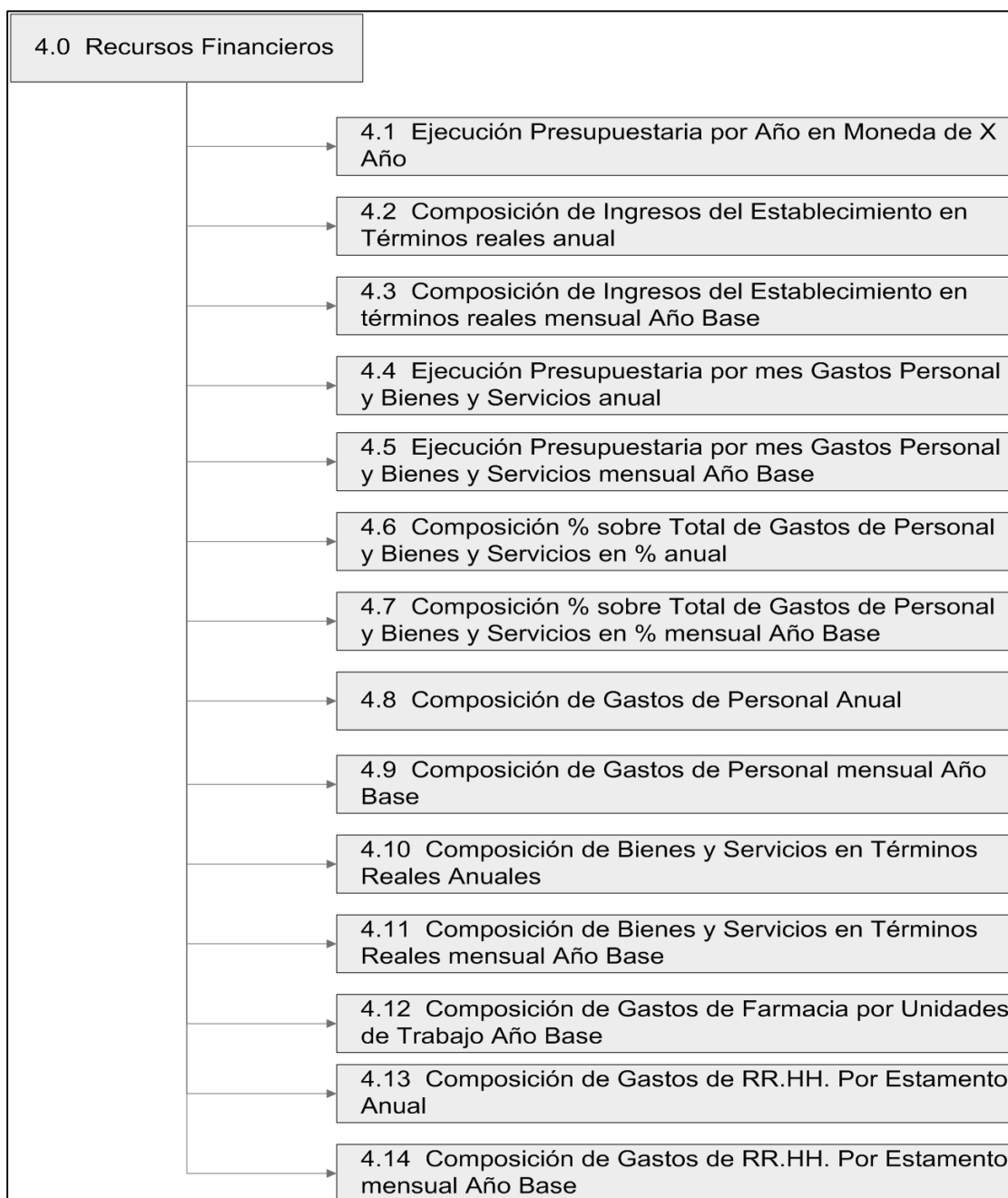


Ilustración 9. Diagnóstico Recursos Financieros. Fuente: Elaboración propia, revisado por el Encargado de Finanzas en Inversiones MINSAL.

4.4.3.1 Consideraciones metodológicas

En los estudios es menester utilizar las cuentas del clasificador presupuestario y el *Sistema de Gestión Financiera del Estado* (SIGFE) manejado por el Ministerio como información oficial.

- No se deben incluir los ingresos y egresos por licencia en los análisis y cualquier otra imputación que se cuadre con ingresos directos.

- En la etapa de diagnóstico y sustentabilidad será relevante considerar el modelo de gestión, y la relación entre los datos financieros con los de prestaciones, recursos humanos, habilitación de infraestructura y equipos (cuando corresponda).
- Se trabajará con montos devengados, por lo que no se deben considerar cuentas de operaciones de años anteriores.
- Basado en los presupuestos aprobados anualmente, este módulo debe iniciarse con una caracterización de la red en materia financiera, para poder analizar la estructura financiera en la red, el rol del establecimiento y su relevancia en el servicio respectivo. Este análisis se recomienda sea realizado por tipo de establecimiento según su complejidad. Junto a ello, es relevante precisar las políticas financieras generales que mantiene el establecimiento en el manejo de fondos del servicio.
- Con el fin de caracterizar al Departamento de Finanzas, será necesario describirlo e identificar las políticas generales que tiene el establecimiento en las siguientes materias:
 - ✓ Adquisiciones y Pago a proveedores.
 - ✓ Auditorias financieras.
 - ✓ Endeudamiento.
 - ✓ Manejo de imprevistos.
 - ✓ Sistema de información disponible.
- El diagnóstico financiero a través de la ejecución presupuestaria, trabajará con los datos en términos reales, de tal forma de identificar con claridad los análisis verticales y horizontales y las tasas de crecimiento o de decrecimiento en la estructura financiera del establecimiento.
- Se deberá hacer un análisis por separado de los gastos de operación y de inversión: el primero: asociado a recursos humanos (subtítulo 21), bienes y servicios (subtítulo 22), los ingresos operacionales, transferencias corrientes y rentas de la propiedad que corresponda (subtítulo 05, 06, 07) y el segundo debe considerar los egresos por inversiones en activos no financieros (subtítulo 29) y sus ingresos correspondientes, rentas de la propiedad e ingresos de operación que corresponda (subtítulos 06, 07) y transferencias para gastos de capital (subtítulo 33).

La siguiente etapa considerará la valoración de las prestaciones registradas en el *Resumen Estadístico Mensual* (REM), convirtiendo las transferencias en un equivalente a un mecanismo de pago por prestación (PxQ) bajo Arancel FONASA¹⁵, Institucional, Libre Elección o de Garantías Explícitas de Salud GES, en el caso de diagnóstico. Se debe utilizar aquel arancel que refleje de mejor manera la estructura de costos de la prestación o del establecimiento, considerando que los aranceles Modalidad de Atención Institucional (MAI) y Modalidad de Libre Elección (MLE) se reajustan de acuerdo a Índice de Precios al Consumidor (IPC), en cambio el arancel GES está basado en un estudio de costos por prestación, con la limitación de que no se toma en cuenta el lugar geográfico y otros aspectos que inciden en los costos, ya que cualquier arancel de FONASA es único para todo el territorio.

- Con los antecedentes de farmacia reflejados en el módulo de producción y el componente de personal reflejado en el módulo de recursos humanos, es posible generar la distribución del gasto anual de remuneraciones y de farmacia (que por lo general representan más del 90% de la estructura financiera de un establecimiento), pudiendo con el resto de sus componentes aplicar criterios de asignación en la cadena de prestaciones en productos intermedios y en productos finales, entendiéndose como tales una consulta de especialidad o urgencia o un egreso.
- El análisis de costeo por actividad puede ser útil en las unidades de mayores costos de prestaciones, tales como camas críticas. Cabe destacar que el costo a obtener es el observado, el cual estará sobredimensionado si existen puntos posibles de ser optimizados con medidas de gestión, por lo cual se entenderá como la estructura actual del establecimiento.
- Se deberá relacionar la información disponible entregada por equipamiento con finanzas, en especial para visualizar el gasto de reposición y gasto de operación incrementable posible de estimar.

4.4.4 Diagnóstico organizacional y modelo de gestión.

Para el análisis organizacional se partió del análisis de varios modelos teóricos, descritos en la metodología general¹⁶. Entre ellos se optó por el *Modelo Heurístico de Diseño Organizacional* (Moreno & Luzón, 2001) aunque los diferentes modelos disponían

¹⁵ Aranceles FONASA: <http://www.fonasa.cl>

¹⁶ Ver Anexo 4 Modelos de análisis y diseño organizacional

de características equivalentes. El cuadro 10 describe los aspectos considerados en el diagnóstico organizacional y modelo de gestión del establecimiento para un EPH. Se ha separado en todo el proceso lo que implica un Estudio de Pre-inversión (EPH), de Diseño (que es la etapa posterior a estos estudios) y Ejecución de Obras, no siendo estas dos últimas parte del estudio. Se incorporó en los hospitales un diagnóstico organizacional que incluía su clima y estilos de gestión, cuya metodología es la siguiente:

Cuadro 11 *Etapas y componentes de Diagnóstico Organizacional y Modelo de Gestión*

ETAPAS	COMPONENTES	ETAPAS Y NIVEL DE PROFUNDIDAD								
		PREINVERSIONAL			DISEÑO			EJECUCION DE OBRAS		
		G	INT	COM	G	INT	COM	G	INT	COM
A. Investigación (situación actual) Consiste en la obtención de una fotografía de cómo está operando el establecimiento.	a) Recopilación de todo material escrito con anterioridad a este estudio de la organización.			X						
	b) Estudio de los niveles jerárquicos y de la distribución de autoridad de la organización.			X						
	c) Estudio de las funciones generales de cada departamento.			X						
	d) Determinación de puestos tipo o clave en la organización.			X						
	e) Análisis de puestos (tipo clave)			X						
	f) Lista de deberes y actividades.			X						
	g) Análisis de procesos.		X				X			
	h) Determinación y análisis de cargas de trabajo.	X					X			
	i) Determinación de controles establecidos.	X				X				X
	j) Estudio general sobre procedimientos para la comunicación.	X				X				X
	k) Estudio sobre formas utilizadas.	X				X				X
ETAPAS	COMPONENTES	ETAPAS Y NIVEL DE PROFUNDIDAD								
		PREINVERSIONAL			DISEÑO			EJECUCION DE OBRAS		
		G	INT	COM	G	INT	COM	G	INT	COM
B. Análisis y crítica de los datos recolectados en la etapa de investigación. Se determinará lo siguiente:	a) Análisis y agrupaciones de funciones propuestas, secciones y departamentos, basado en lineamientos estratégicos del servicio y rol del establecimiento			X						
	b) Estudio de la delegación de autoridad.		X			X				X
	c) Análisis de la distribución de actividades por departamentos, secciones y puestos.		X			X				X
	d) Análisis de flujos de trabajo.		X			X				X
	e) Análisis de la comunicación.		X			X				X
	f) Análisis de controles actuales.		X			X				X
	g) Análisis de proceso y cargas de trabajo.		X			X				X
	h) Análisis y simplificación de formas.	X				X				X
	i) Análisis de clima organizacional y nivel de resistencia al cambio.	X				X				X

Fuente: Elaboración propia basada en Modelo Heurístico de diseño organizacional. *Nota.* G: Solo descripción general, INT: Con avances en sus definiciones COM: Desarrollo completo.

Para dimensionar el grado de profundidad de esta etapa y el nivel de detalle de la misma, se han definido esquemáticamente en el cuadro las tres etapas generales del proceso de un proyecto hospitalario. En cada una de ellas se han definido diferentes niveles de profundidad siendo su descripción la siguiente:

Información sistematizada general con nivel de profundidad básica.

Para esta etapa el equipo de normalización, considerando los instrumentos disponibles, puede desarrollar el levantamiento preliminar del componente. Es así, como para los puntos h), i), j), k) del cuadro anterior, se considera aceptable información basada en observación directa de estos componentes e información levantada a través de encuestas. Esto implica que bajo la secuencia del proceso de elaboración e implantación de un diseño organizacional es posible seguir profundizando dichos componentes en función de la evolución de las políticas y acciones vigentes en ejecución por el MINSAL (autogestión de hospitales, desarrollo tecnológico, fortalecimiento de equipos directivos, centros de responsabilidad, protocolos de referencia y contrarreferencia, etc.).

Información sistematizada con nivel intermedio de profundidad.

Bajo esta clasificación se considera el incremento de personal especializado que permita levantar con mayor precisión (para el caso del cuadro) procesos relevantes con impacto en equipos e infraestructura, pudiendo este finalizar y profundizar completamente en la etapa siguiente.

Información sistematizada con nivel completo de sus componentes.

Para el caso del cuadro 11, es posible dimensionar que toda la etapa diagnóstica debe estar antes de la puesta en marcha, incorporando los ajustes pertinentes del proceso. Cabe destacar que para el caso de levantamiento pertinente, previo al estudio el plan estratégico del servicio, la cartera de servicios actuales y futuros y las líneas y ejes de gestión en red; son antecedentes que deben estar definidos completamente en la etapa de los estudios preinversionales.

En este módulo, el componente a) “Análisis y agrupación de funciones, secciones y departamentos”, debe considerar el organigrama; (con su estructura general completa en este nivel), en especial aquellos aspectos que por su naturaleza impliquen ajustes de plantas físicas y equipos. Sin embargo, su detalle a nivel de delegación de funciones, flujo de trabajo, análisis de comunicación, controles actuales, procesos y cargas de trabajo, debe considerarse en un nivel más profundo mediante la participación de equipos interdisciplinarios (médicos, psicólogos organizacionales, sociólogos, ingenieros, entre otros).

Participación de actores.

El módulo Diagnóstico deberá tener un levantamiento de los diferentes actores que participan en el establecimiento, sean estos usuarios, funcionarios en sus diferentes estamentos y directivos. Este componente es requisito obligatorio según exigencias de estudios de inversión en el país, debiendo estar disponibles los resultados y conclusiones de fortalezas y debilidades detectadas para quien lo solicite.

4.4.5 Otros diagnósticos.

Se abordaron diagnósticos del estado de la infraestructura, equipos e instalaciones, para determinar el nivel de obsolescencia y magnitud del cambio respecto de normativas vigentes, considerando que los establecimientos reflejan una data de la década de 1960 en promedio. También se realizaron análisis de sistemas de información y tecnología de información y comunicación (TIC).

4.5 Optimización y Demanda de Prestaciones

La demanda y la optimización fueron etapas que se abordaron de forma integrada con el diagnóstico. Para al cálculo de la demanda y la relación con los recursos disponibles se consideraron los siguientes enfoques de referencia:

Enfoque basado en demanda validada técnicamente a todas las áreas: según el área de trabajo, especialidad y antecedentes disponibles de producción, optimización, listas de espera demostrables técnicamente y desarrollo de la especialidad, este enfoque considerará la demanda “técnicamente identificable” que se observa en el hospital analizado. Sobre esta demanda se determinarán los requerimientos de recursos para el establecimiento.

Enfoque basado en oferta de RR. HH disponible optimizada: puede darse el caso en algunas áreas, especialidades y/o unidades, que al realizar los análisis de oferta y su posterior optimización, (sumado a ello el desarrollo de las especialidades y objetivando listas de espera), se genere como resultado que las horas médicas disponibles son suficientes e incluso superiores a la demanda objetivable del establecimiento, requiriendo en consecuencia ajustes en personal complementario, equipos, insumos, recursos

financieros o un ajuste en la organización para que dichas capacidades satisfagan los requerimientos proyectados.

Bajo estos dos posibles escenarios, el equipo de trabajo podrá optar por proyectar la demanda en función de la optimización de los recursos existentes, lo que implica basarse en los resultados obtenidos del módulo de optimización, o bajo la estimación de demanda verificable, para las especialidades o áreas de trabajo que reflejen brechas significativas de demanda verificable versus oferta disponible .

4.5.1 Optimización.

Basado en la información levantada en la etapa de diagnóstico y sus conclusiones, se considera relevante antes de calcular la demanda del proyecto, abordar un proceso de optimización de las diferentes áreas en materia de prestaciones. Para ello, se debe construir inicialmente un coeficiente observado con la información base del diagnóstico y ajustar las prestaciones en función de las diferentes variables que componen dicha prestación y que influyen en una mejor gestión y por ende en un ajuste de las prestaciones actuales. Los criterios descritos en la metodología general se utilizan para los ajustes de cada coeficiente a optimizar. Las variables serán producto del análisis diagnóstico y estas se describirán en los resultados de la investigación. El detalle de los coeficientes a optimizar se describen en la ilustración 10:

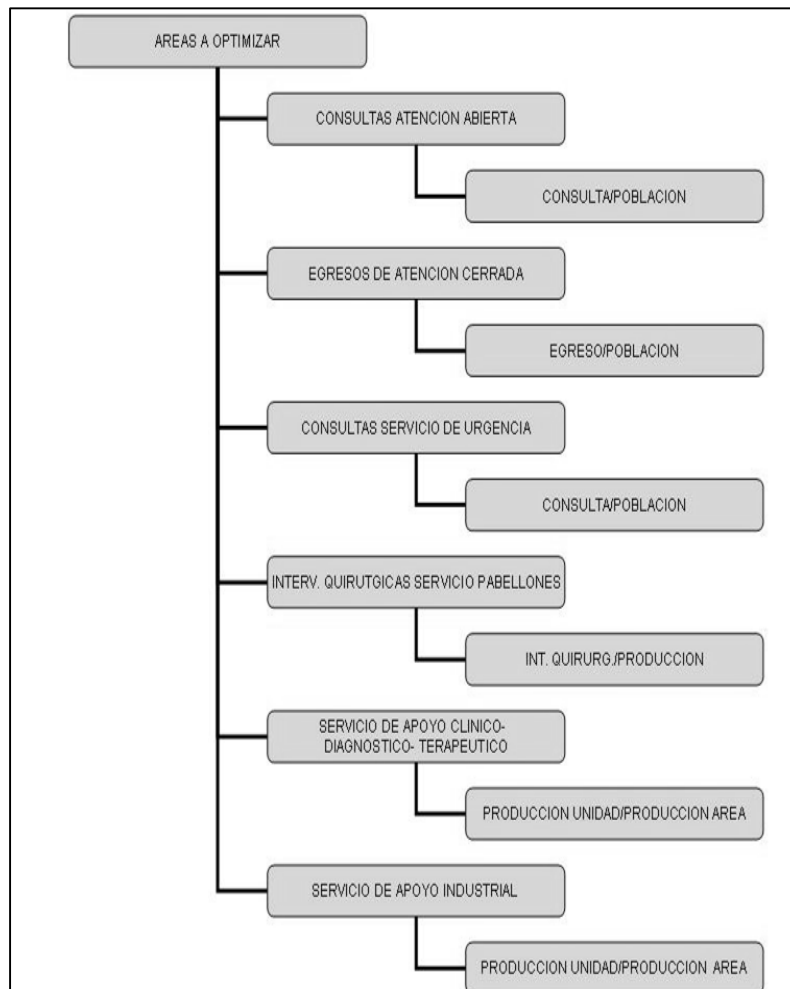


Ilustración 10. Coeficientes a ser optimizados. Fuente: Elaboración propia.

Cabe destacar que en muchos casos el funcionamiento óptimo se encuentra limitado por falta de recursos humanos, equipos o insumos, o un mal ordenamiento de ellos. Al respecto, la optimización de cada área de prestaciones deberá considerar estas situaciones, siendo el objetivo principal a trabajar “la optimización de la oferta existente en el establecimiento a normalizar”.

4.5.2 Cálculo de demanda.

La forma de analizar y obtener la demanda deberá considerar la siguiente secuencia:

- Población por especialidad y/o área de trabajo.
- Producción histórica del hospital.
- Producción optimizada según factores relevantes.
- Ajustes a la producción optimizada por desarrollo del establecimiento y población para cálculo de coeficiente.

- e. Análisis de coeficiente y determinación de factor de proyección
- f. Proyección de prestaciones.
- g. Determinación de recintos variables y horas de recurso humano variable.
- h. Análisis de brechas sobre situación actual.
- i. Análisis de brechas por oferta de recursos humanos según demanda obtenida.
- j. Selección de enfoque de proyección
- k. Una síntesis de los antecedentes obtenidos para luego desarrollar el cálculo de la demanda del proyecto según la ilustración 11:

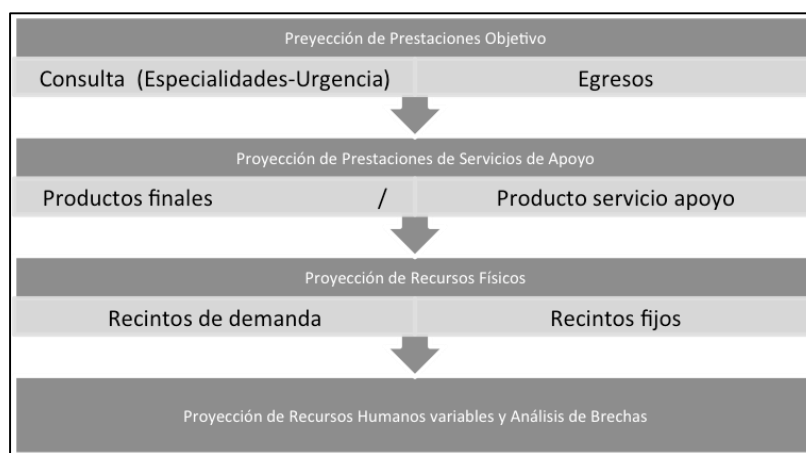


Ilustración 11. Secuencia de determinación de Proyección de Prestaciones. Fuente: Elaboración Propia. Nota: La Proyección de recursos financieros estará sujeta a los resultados del módulo de evaluación de alternativas.

4.6 Evaluación de Alternativas y Selección de Propuesta.

Una vez abordados los análisis y determinación de la demanda, se considera la evaluación de alternativas. Los temas que se abordan aquí guardan relación con los aspectos que se sistematizan en el cuadro 12.

Bajo estos análisis se aborda la propuesta definitiva, la cual es proyectada y sensibilizada bajo criterios de sustentabilidad financiera, determinando las brechas de recursos y el impacto de las mismas.

Cuadro 12 Ámbitos analizados, evaluación de alternativas, resultados y métodos.

AMBITO	RESULTADO-METODOS
Modelo de gestión	Definir la propuesta organizacional del nuevo establecimiento Definir estrategias que abordara en materia de gestión. Definir: Organigrama, Políticas, procesos relevantes, dotación fija del personal.
Evaluaciones especiales: Concentración áreas posibles: lavandería, esterilización, laboratorio, servicios contables y administrativos, abastecimiento, transporte, mantención, gestión tecnológica y compra de servicios,	Evaluar diferentes opciones que optimicen el funcionamiento del Establecimiento respecto del uso de recursos. Metodología: bajo el escenarios, escenario actual proyectado (Sin proyecto), escenarios proyectados (con proyecto) y sus opciones, escenario compra de servicio . Criterios de evaluación: Cuantitativos: Valor actual de costos (VAC) y Costo anual equivalente (CAE). Cuantitativos: Oferta disponible, riesgo de abastecimiento, riesgos de calidad, redes de transporte, relevancia en la atención del paciente, servicios de mantención, otros.
Areas de autofinanciamiento (pensionado, Diálisis, Otros servicios)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Escenarios proyectados bajo evaluación y criterios económicos. Metodología: ○ Análisis de demanda Y estudios bajo enfoque privados, calculo inversión y flujos. ○ Herramientas : valor actual neto (VAN), tasa interna de retorno (TIR) ○ Análisis de sensibilidad
Evaluación de equipos de alto costo: escáner (TAC), Resonadores, Equipos de diálisis, etc.	Escenarios proyectados: Situación actual, compra de equipo, compra de servicios, arriendo de equipo. Herramientas de apoyo VAC,CAE y costo por prestación. Otros criterios técnicos. Sensibilización de decisión.
Evaluación de relocalización del hospital	Metodología Escenarios: 1: Invertir remodelando y ampliando. 2: Edificio nuevo en terreno nuevo. Criterios y herramientas Factibilidad técnica: Plano regulador, Crecimiento poblacional, accesibilidad y transporte, servicios sanitarios, instalaciones, terreno. Factibilidad económica (VAC): Inversiones, Costos de puesta en marcha, etc. Factores cualitativos: Complejidad, duración de los procesos, efectos en el personal y usuarios. Sensibilización de la decisión.

Fuente: Elaboración propia basado en EPH.

4.7 Instrumentos de Levantamiento de Datos para el Análisis y la Evaluación.

Los instrumentos de levantamiento de datos fueron de carácter cualitativo y cuantitativo y se describen a continuación:

4.7.1 Análisis cuantitativo.

4.7.1.1 Tablas de levantamiento de datos.

La ilustración 12 sistematiza las tablas que se consideraron para el levantamiento y análisis de datos, cuyo detalle sirve para cualquier tipo de establecimiento, (alta o mediana complejidad) por lo que su utilización específica depende de la complejidad concreta del hospital y su cartera de servicios.¹⁷

¹⁷ Ver Anexo 8 tabla de levantamiento de información análisis cuantitativo.

TABLAS DE TRABAJO PARA ETAPAS DE DIAGNOSTICO Y OPTIMIZACION					
1.0	POBLACION Y AREA DE INFLUENCIA	1.0	Población INE-Beneficiaria		
		1.1	Población usuaria actual		
		1.2	Población usuaria propuesta		
		1.3	Especialidades por tipo de atención		
2.0	PRESTACIONES	2.1	ATENCION ABIERTA	2.1.1	Consultas especialidades
				2.1.2	Consultas especialidades resumen
				2.1.3	Composición de consultas por especialidad últimos 6 años en consulta
				2.1.4	Composición de consultas por especialidad en % sobre el total año
				2.1.5	Composición de consultas por especialidad en consultas año base
				2.1.6	Composición de consultas por especialidad en consultas en % Año Base
				2.1.7	Análisis de origen de consulta
				2.1.8	Principales diagnósticos año base y nivel de complejidad por especialidad
				2.1.9	Atención dental nivel secundario y terciario
				2.1.10	Atención dental nivel secundario y terciario por mes año base
				2.1.11	Ordenamiento de atención dental por desarrollo de especialidades (mes y año)
				2.1.12	Nivel de estrategias de salud mental
				2.1.13	Recursos humanos salud mental
				2.1.14	Tipos de fármacos utilizados frecuentemente en salud mental
		2.2	ATENCION CERRADA	2.2.1	Egresos por área de trabajo – unidades mediana complejidad
				2.2.2	Egresos por área de trabajo – unidades críticas (mensual)
				2.2.3	Egresos según origen
				2.2.4	Composición de egresos por origen del paciente
				2.2.5	Categorización general de egresos año base
				2.2.6	Análisis de categorización por días de estada
				2.2.7	Análisis de categorización por días de estada año base
				2.2.8	Consultas médicas de urgencia
				2.2.9	Categorización por protocolo Ingreso año base
				2.2.10	Diagnóstico frecuentes por clasificación de gravedad ante una urgencia
				2.2.11	Evolución de consultas por especialidad según área de trabajo
				2.2.12	Composición consultas por origen año base
		2.3	URGENCIA	2.3.1	Consultas médicas de urgencia
				2.3.2	Categorización por protocolo ingreso año base
				2.3.3	Diagnósticos frecuentes por clasificación de gravedad ante una urgencia
				2.3.4	Evolución de consultas por especialidad según área de trabajo
				2.3.5	Composición consultas Urgencia por Origen año base
		2.4	PROCEDIMIENTOS	2.4.1	Distribución procedimientos broncopulmonar por tipo de atención
				2.4.2	Distribución de procedimientos cardiología
				2.4.3	Distribución de procedimientos dermatología
				2.4.4	Distribución de procedimientos Gastroenterología
				2.4.5	Distribución de procedimientos neurológicos
				2.4.6	Distribución de procedimientos ginecológicos
				2.4.7	Distribución de procedimientos oftalmológicos
				2.4.8	Distribución de procedimientos otorrino laringólogos
				2.4.9	Distribución de procedimientos traumatología
				2.4.10	Medicina nuclear y radioterapia tabla
				2.4.11	Distribución procedimientos reumatología
				2.4.12	Otros procedimientos

Ilustración 12. Tablas de trabajo diagnóstico y optimización. Fuente: Elaboración propia basado en EPH.¹⁸

¹⁸ Atención abierta corresponde a servicios de atención ambulatorio y atención cerrada a servicios de atención hospitalizado.

2,5	SERVICIOS DE APOYO CLINICO DIAGNOSTICO, TERAPEUTICO E INDUSTRIAL		
2,5,1	Servicio Clínico	2,5,1,1	Pabellones
			1 Intervenciones quirúrgicas
			2 Composición de intervenciones electivas Año base
			3 Composición de intervenciones quirúrgicas de urgencia ordenadas por diagnóstico y frecuencia
			4 Composición de intervenciones quirúrgicas electivas mayores y menores por especialidad ambulatorizable
			5 Intervenciones quirúrgicas por especialidad año base
2,5,2	Servicio diagnóstico	2,5,2,1	Banco de Sangre
			1 Banco de sangre
			2 Producción de banco de sangre
		2,5,2,2	Imagenología
			1 Servicio de imagenología composición mensual
			2 Servicio de imagenología composición anual
			3 Estadísticas anual de tomografía axial computarizada TAC.
			4 Servicios de imagenología exámenes por equipo
		2,5,2,3	Laboratorio
			1 Exámenes de laboratorio por área
			2 Evolución de exámenes de laboratorio
			3 Cuadro por tipo de atención mensual
			4 Evolución mensual exámenes de laboratorio Año Base
		2,5,2,4	Anatomía Patológica
			1 Anatomía patológica datos anuales
			2 Anatomía patológica mensual año base
2,5,3	Servicios Terapeutico	2,5,3,1	Farmacia
			1 Recetas por área de trabajo relevante
			2 Recetas por área de trabajo mensual año base
			3 Prescripciones por área de trabajo año base
			4 Recetas por área de trabajo año base
		2,5,3,2	Dialisis
			1 Procedimiento y pacientes de diálisis
			2 Pacientes dializados año base (mensual)
		2,5,3,3	Medicina fisica y rehabilitacion (kine)
			1 Procedimientos kinesicos anuales
			2 Procedimientos kinèsicos mensuales
		2,5,3,4	Oncologia
2,5,4	Apoyo Industrial		
		2,5,4,1	Servicio de alimentación
			1 Alimentación en litros y raciones
			2 Alimentación por área de trabajo año base
		2,5,4,2	Servicio de lavandería y roperia
			1 Kilos lavados por área
			2 Kilos lavados por área año base
		2,5,4,3	Servicio Esterilización
		2,5,4,4	Sediles
		2,5,4,5	Movilización

Ilustración 12. Tablas de trabajo diagnóstico y optimización. Fuente: Elaboración propia basado en EPH. (Continuación).

3.0	RECURSOS HUMANOS	3.1	Dotación de personas por estamento
		3.2	Dotación de personal por área
		3.3	Dotación de médicos por especialidad
		3.4	Programación médica por especialidad
		3.5	Programación personas de apoyo según área de trabajo
		3.6	Comparación de ausentismo por estamento en horas según contrato
		3.7	Capacidad productiva teórica basada en horas contratadas año base
		3.8	Análisis de brechas respecto de producción y capacidades año Base
		3.9	Costo por área de trabajo según muestra analizada
		3.10	Horas técnicas del servicio X
		3.11	Horas de ausencia del servicio X
		3.12	Horas disponibles en el servicio X
		3.13	Horas disponibles en el servicio X en %
4.0	RECURSOS FINANCIEROS	4.1	Ejecución presupuestaria por año en moneda de X año
		4.2	Composición de ingresos del establecimiento en permisos reales anual
		4.3	Composición de ingresos del establecimiento en permisos reales mensual año base
		4.4	Ejecución presupuestaria por mes gastos personal y bienes y servicios anual
		4.5	Ejecución presupuestaria por mes gastos personal y bienes y servicios mensual año base
		4.6	composición porcentual sobre total de gastos de personal y bienes y servicios en %
		4.7	composición porcentual sobre total de gastos de personal y bienes y servicios en % mensual Año base
		4.8	Composición De Gastos De Personal Anual
		4.9	Composición De Gastos De Personal mensual Año Base
		4.10	Composición De Bienes Y Servicios En Términos Reales Anual
		4.11	Composición De Bienes Y Servicios En Términos Reales mensuales año base
		4.12	Composición De Gastos De Farmacia Por Unidades De Trabajo Año Base
		4.13	Composición De Gastos De RR.HH. Por Estamento Anual
		4.14	Composición De Gastos De RR.HH. Por Estamento Mensual Año Base
5.0	RECURSOS FISICOS		

Ilustración 12. Tablas de trabajo diagnóstico y optimización. Fuente: Elaboración propia basado en EPH. (Continuación).

4.7.2 Validaciones estadísticas para análisis de datos.

Durante el proceso de estudio se aplicaron diversas técnicas de validación estadística para obtener información desagregada relevante, aplicándose para su análisis un muestreo estratificado, según la definición que hacen Richard L Scheaffer, William Mendenhall y Lyman Ott (1987), con un nivel de error del 5%. Esto fue aplicado a los siguientes análisis:

- a. Para analizar la pertinencia de las consultas en consultas de especialidad, se separaron por especialidad definidas estas como estrato, y se aplicó la fórmula de muestreo estratificado. Se utilizó planilla electrónica descrita en Anexo¹⁹
- b. Similar análisis se aborda en el cálculo de costos de recetas, las que se separaron por procesos principales (consultas de especialidad, urgencia, hospitalización), luego dentro de ellas se separaron por especialidades referenciales para realizar el muestreo estratificado. El criterio relevante era el gasto en farmacia de la unidad.
- c. Se aplicó análisis censal en aquellas unidades que eran relevantes en el gasto, tales como unidades críticas (UCI, UTI), o unidades de demanda relevante como Medicina.

4.7.3 Análisis cualitativo.

En Anexo²⁰ se encuentran los instrumentos utilizados. Estos se abordaron para talleres participativos, utilizando metodología de diagnóstico FODA. Se utilizaron encuestas semi-estructuradas para diagnosticar parámetros en base al *Modelo Heurístico de Diseño Organizativo* dirigido a jefes de unidades y estamentos. Para el levantamiento de información de cargos se abordó una encuesta de análisis de cargo y se aplicó un instrumento de diagnóstico organizativo ligado a clima y estilos de gestión, cuyo fundamento metodológico asociado al instrumento se detalla a continuación.

Estudio específico²¹ (Responsable técnico, Jorge Gibert, sociólogo).

- Diseño del servicio al público, que apunta al modelo operativo de cómo la organización produce una determinada oferta de servicios y cómo planifica el

¹⁹ Ver Anexo 7 Planillas de muestreo.

²⁰ Ver Anexo 8 Instrumentos de levantamiento para análisis cualitativo.

²¹ Realizado en colaboración con el sociólogo Dr. Jorge Gibert, durante el estudio académico Universidad de La Frontera.

consumo de ésta por parte del usuario. Básicamente, se trata del diseño de producción de servicios que la organización elabora. Metodológicamente, esta dimensión se abordó desde una perspectiva interna con referencia al usuario, a base de una adaptación simple que complementó los principales factores incluidos en los *Modelos de diseño servuccionado* (Eiglier y Langeard, 1989), control de calidad (Beny et al., 1982) y el modelo de la escuela nórdica de servicios, centrado en la imagen corporativa (Grönroos, 1984). Se optó por adaptar estos modelos debido a la validación de la que han sido objeto en diversas latitudes y, además, por la escasa frecuencia de estudios similares para el caso chileno (cédula 2)²².

- Situación de los recursos humanos, que aborda tanto las características socio-laborales de carácter estructural que poseen las personas (edad, escolaridad, antigüedad laboral, permanencia en el cargo y capacitación; incluidos en la cédula 1) como también factores más contingentes, tales como percepción del puesto (cédula 1) y opiniones y creencias individuales respecto a su trabajo, desarrollo de carrera, recompensas, pertenencia a un equipo, y otras que resume la cédula correspondiente (cédula 4).
- Dinámica de la gestión interna, que trata de los factores psico-sociales que inducen o inhiben procesos tales como la conformación y sedimentación de actitudes o el estilo de liderazgo. El factor gestión fue examinado a partir del diagnóstico de clima laboral (cédula 3), las tendencias culturales de gestión interna (cédula 5) y el estilo de liderazgo (cédula 6).

Trabajo de campo.

El trabajo de campo se organizó desde los equipos de tarea en cada uno de los hospitales, quienes entregaron el conjunto de instrumentos de recolección (seis cédulas) en sobres que incluían el instructivo. Se entregaron más de 1.000 sobres, cada uno con las seis cédulas y el instructivo, que fueron distribuidos a cada uno de los jefes de servicio, unidad y programa existente al interior de cada uno de los establecimientos de salud. Luego de una semana de plazo, los mismos equipos recolectaron los sobres, previamente sellados por los mismos encuestados para garantizarles la confidencialidad de la información, e hicieron la entrega al equipo central del Proyecto de Normalización.

²² Las cédulas corresponden a los instrumentos de levantamiento de datos contruidos.

Resultados esperados.

Los resultados esperados fueron los siguientes²³:

- Una descripción global de la situación de los recursos humanos, del diseño del servicio al público y de la dinámica de la gestión interna en los establecimientos de salud. Es decir, un informe consolidado global que esboce la dinámica de funcionamiento de la organización, prestando atención a cómo se relacionan las dimensiones aludidas (gestión interna del servicio al público, recursos humanos y factores psico-sociales) y cómo éstas se evalúan en función del potencial de cambio o de resistencia al cambio en una perspectiva de futuro.
- Una descripción de la situación de los recursos humanos, del diseño del servicio al público y de la dinámica de la gestión interna en cada uno de los seis establecimientos de salud. Es decir, un total de seis informes (uno por cada establecimiento).

²³ Cada resultado supone un producto cuyo formato es un análisis estadístico y su correspondiente interpretación.

Capítulo V. Resultados

5.1 Caracterización de Hospitales Estudiados

Los hospitales analizados podemos agruparlos, tal como se definió en la metodología, en dos categorías de análisis, la primera de las cuales está asociada a *Estudios de Diagnóstico de Red* que nos permitirá complementar los hallazgos obtenidos en los EPH. La ilustración 13 permite identificar la localización geográfica de los estudios en Chile como en las Regiones donde se encuentran los hospitales estudiados.

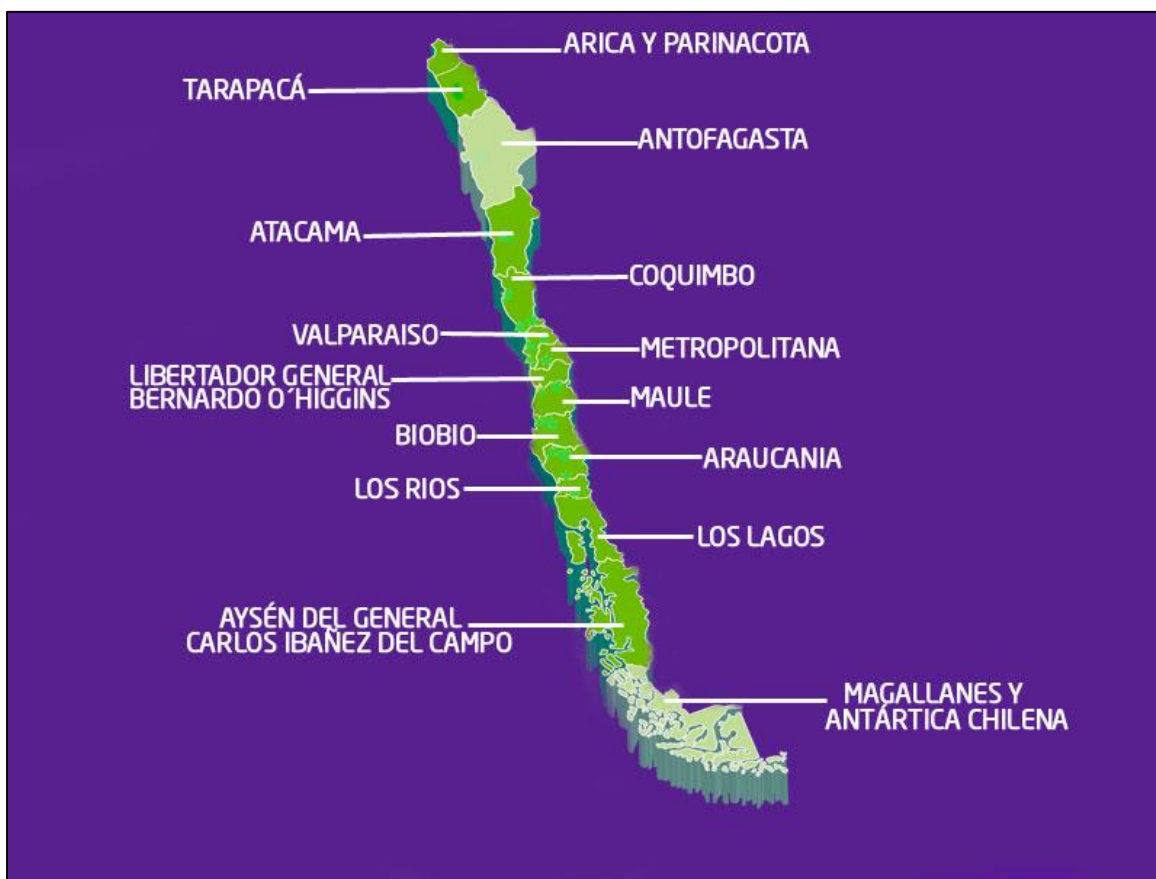


Ilustración 13. Casos estudiados y regiones. Fuente: Foto referenciada Agencia Uno. Nota: Las regiones corresponden a la Región Metropolitana, Región de O'Higgins y Región de La Araucanía.

A continuación se abordará una breve descripción de cada uno de estos establecimientos y sus resultados, identificando en los Anexos respectivos, la estructura de

contenidos de sus informes, cuadros y resultados, clarificando el nivel de profundidad y detalle de ellos²⁴.

5.2 Diagnóstico de Red Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN)

Este estudio fue abordado por la Universidad de La Frontera como institución, y dirigido por el autor de esta tesis. La finalidad de este estudio estaba orientada a determinar cuál era el problema en la red de atención; tras múltiples dificultades evidenciadas en su funcionamiento tanto por los equipos de trabajo como por los medios de comunicación nacional. Es así como tomando como base las prestaciones de la red del servicio en sus diferentes niveles, (primario, secundario y terciario), se abordaron diferentes análisis identificando su caracterización y problemas centrales en base a indicadores utilizados en el sector. Un análisis comparativo con los otros servicios y el país fue su enfoque global, el cual permitirá abordar cómo los indicadores, dada la composición de los procesos, pueden generar perspectivas poco adecuadas en los procesos diagnósticos o de evaluación. Para ello se describirán los establecimientos principales y se evidenciarán los resultados obtenidos.

5.2.1 Breve reseña de los hospitales.

5.2.1.1 Hospital José Joaquín Aguirre (Hospital San José).

Se trata del Hospital Base del Servicio de Salud Metropolitano Norte. Se funda en el año 1841 y entra en funcionamiento en el año 1872. Inicialmente su nombre fue “Lazareto de las Hermanas de la Caridad” y responde a la necesidad de atender la pandemia de viruela y fiebre tifoidea que produce la casi extinción de la población indígena que servía de mano de obra en tiempos de la colonia.

En 1872, se funda el Hospital San Vicente de Paul, creando en 1974, el primer centro formador de médicos de Chile. En 1952, se pasa a llamar Hospital José Joaquín Aguirre. En el 1929, la pandemia de TBC que ataca indistintamente a la población chilena, convierte al Hospital San José en un Centro Nacional de Atención y Tratamiento de la Tuberculosis. En 1930 se constituye como la sede de la Sociedad de Tisiología y el Primer Centro de Referencia Nacional especializado en tratamiento de la tuberculosis (TBC) y

²⁴ Ver Anexo 9 Estudio de diagnóstico red de SSMN.

cirugía de tórax. En 1994, se crea la Unidad de Pacientes Críticos, el año 95 la Unidad de Urgencia, el 18 de julio de 1999 el Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT) por parte de la Dra. Eloísa Díaz. En 2006 el Hospital San José se pasará a llamar “Complejo Hospitalario San José”, denominación actual.

5.2.1.2 Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz B.(Hospital Psiquiatrico).

El 08 de agosto de 1852, se crea la “Casa de Orates de Nuestra Sra. De Los Ángeles”, inicialmente ubicada en el Barrio Yungay y luego trasladada a la calle Olivos de Recoleta. En 1831 la dirección del hospital se traspasa desde la Junta Directiva a una Dirección Médica, que asume el Dr. Letelier Grez. En 1928, se pasará a llamar “Manicomio Nacional. En 1955, adquiere un nuevo nombre, “Hospital Psiquiátrico de Santiago”. Finalmente en el año 1983 se llamará “Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz B.”.

5.2.1.3 Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo (Hospital Oncológico).

Nace como Instituto Nacional del Cáncer el 13 de diciembre 1930, como parte del Hospital San Vicente de Paul y creado por el Dr. Caupolicán Pardo, quien fuera además su primer Director. En 1980, es integrado al Hospital San José como Servicio Clínico de Oncología. En 1986, se restituye su autonomía y se clasifica como Hospital de baja complejidad (tipo4) ²⁵. En 1988, se reclasifica como hospital de mediana y baja complejidad, (tipo 2) y se restituye su nombre. En 1997, pasará a llamarse Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo, y, en la actualidad, Instituto del Radium.

5.2.1.4 Hospital Dr. Roberto del Río (Hospital de Niños).

El Hospital Dr. Roberto del Río, será el último en integrarse a la zona norte, en el año 1939, desde su sede anterior en Matucana, donde fue creando en el año 1901 bajo la dirección de, las Hermanas de San José, (al igual que el Hospital San Juan de Dios Primer Hospital de la Ciudad de Santiago desde su creación el 03 octubre de 1552, al final del

²⁵ Las definiciones anteriores clasificaban en 4 tipos los hospitales según su complejidad. Los de baja complejidad eran tipo 4, mediana complejidad podían estar en clasificación 3, 2, ó 1 según el nivel de complejidad y recursos. Hoy la definición se ha acotado a 3 niveles: baja, mediana y alta complejidad, sin numeración.

gobierno de Pedro de Valdivia). Su punto de partida lo constituye la pandemia de sarampión infantil.

El 1903, se realizan en él las primeras intervenciones quirúrgicas. En 1907, su Director, el Dr. Roberto del Río plantea las bases del primer Hospital Infantil de Santiago y en 1917, pasará a llevar su nombre actual. Con El Hospital Dr. Roberto del Río se inaugura la Pediatría en Chile, bajo la gestión del Dr. Manuel Arriarán, ubicado en ese entonces en calle Moneda con Almirante Barroso.

La Atención Primaria en Salud, nace en Chile en el año 1952, al constituirse el Servicio Nacional de Salud (SNS), de la mano de la Medicina Social Chilena e íntimamente ligada al desarrollo de la Previsión Social Chilena en el contexto de industrialización impulsada a partir de la década del 30.

La ilustración 14 permite identificar la organización de la red de la Región Metropolitana que agrupa a los principales servicios de salud del país en términos de usuarios que atiende.

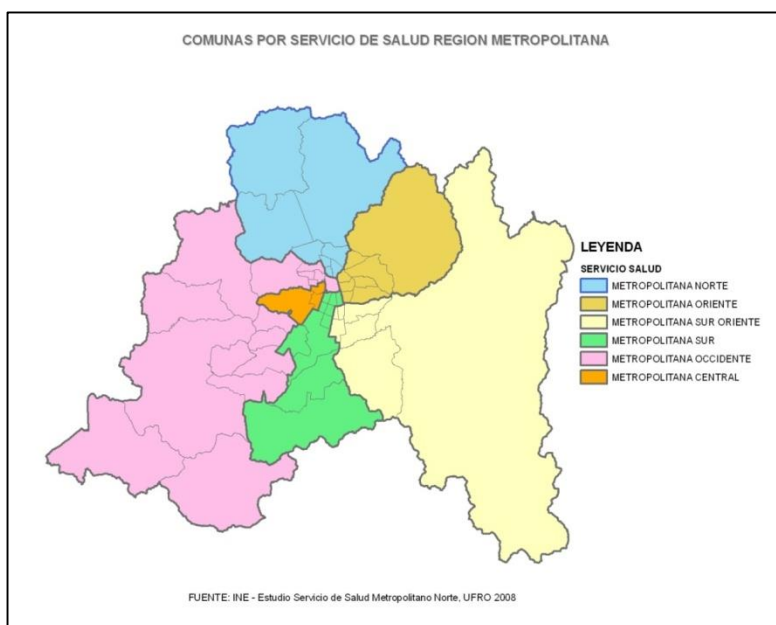


Ilustración 14. Servicio de Salud Región Metropolitana (SSMN).

5.2.2 Resultados.

En el cuadro 13 se ha sistematizado los principales resultados que permiten caracterizar la red de atención del SSMN.

Cuadro 13 Resultados de Estudio de Red SSMN.

Diagnóstico de Red de Salud Region Metropolitana- Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN)										
Información resumida	H. San José		H. Psiq. I. Horwitz		Inst.n.can. C.Pardo		H.R. Del Rio		H. Til Til	Total
	Ref. Reg	%Cob	Ref. Nacion.	%Cob	Ref.Nacion	%Cob	Ref.Nac.	%Cob	Baja	
Servicio-Area Influenza	752.291	100%	752.291	100%	752.291	56,4%	752.291	83%	16.071	
Región	n.c.		6.745.651	100%	6.745.651	15,5%	6.745.651	10%	n.c.	
País	n.c.		16.763.470	100%	16.763.470	26,1%	16.763.470	7%	n.c.	
Camas	550		455		97		239		10	1.351
Egresos SSMN	42.332		4.528		5.122		15.977		253	68.212
Tasa Ocupación Camas SSMN	92,3%		101%		66%		69,4%		55%	90%
Prom. Dias Estada SSMN	4,3		144		4,5		3,4		5	6,5
Categorización A y B Medicina	24%		n.c.		n.c.		n.c.		n.c.	
Egresos Medicina	5.726		n.c.		n.c.		n.c		n.c.	
Consultas médicas de especialidad (CME)	235.336		28.215		51.820		99.741		178	415.290
%Control	83%		n.c		n.c.		n.c		n.c	
Consultas Urgencia	99.744		22.099		n.c.		96.961		12.175	230.979
Categorización C1	2%		n.c.		n.c.		0,04%		n.c.	n.c.
Categorización C2	4%		n.c.		n.c.		9,50%		n.c.	n.c.
Categorización C3	60%		n.c.		n.c.		79,73%		n.c.	n.c.
Categorización C4	33%		n.c.		n.c.		10,72%		n.c.	n.c.
ConsultasAtención Primaria (APS)	683.898									
Prom. Dias Estada Región	4,3		Egresos Región		372.044					
Tasa Ocupación Camas Región	79,5%		CME Región		3.536.416					
País C4	43%									
RESULTADOS PROYECCION 2020										
Camas	880		659		79		180		4	1.802
Consultas médicas de especialidad.	417.227		29.767		63.648		91.243		183	602.068
Consultas médicas de urgencia	117.641		25.509				98.914		12.487	254.551
RECOMENDACIONES	Construir 2 consultorios y 2 Establecimientos de mediana complejidad Total US\$ 500.000.000									
Nota1 : Ref.Nacion: Junto con la atención de su area de influencia local son hospitales de referencia nacional										
Nota 2: Nivel de complejidad: Si bien el país se ha organizado en tres niveles, alta, mediana y baja complejidad. Detro de la alta hay alta complejidad y referencia nacional y dentro de mediana hay tipo 2 si es mas especializada con intensivos y exámenes y tipo 3 si su cartera siendo especializada la población y servicios son menores)										
Nota 3: n.c= no corresponde, %Cob= porcentaje de cobertura general de influencia del hospital, ajustado según especialidad la población especifica										

Fuente: Elaboración propia, basado en estudio.

En el cuadro 13 podemos observar la sistematización de los principales resultados evidenciados.

Los hospitales por sus características reflejan cobertura local, regional y nacional, aspecto que es considerado para la determinación de población objetivo y para, -confrontado con las prestaciones realizadas-, obtener los indicadores de cobertura identificados. En atención de Hospitalización de la red, las camas disponibles alcanzan a 1.351 mientras que la demanda reflejó necesidades de 1.802. Se suma a ello la brecha de

consultas de especialidad, donde las efectivamente registradas alcanzan a 415.290 consultas, mientras que la demanda llega a 602.068.

Si la eficiencia se analiza en términos de indicadores tradicionales, podríamos decir que el servicio es muy eficiente, con tasas de ocupación que superan el 90%, categorización de pacientes en urgencia con mejores indicadores de pertinencia que la región y el país y con un promedio de días de estada fuertemente influenciado por el hospital psiquiátrico. Es claro que la interpretación de esta mejor eficiencia es errada. Las visitas a terreno evidenciaron el nivel de tensión de los funcionarios donde el problema de fondo es que no se disponía de dispositivos de contención para el hospital de mayor complejidad general que era el San José, ya que los otros eran especializados y el hospital más pequeño, el de Tiltil, abordaba principalmente atención primaria. Esta escasez no evidenciada en brechas, obligó a los Municipios a crear sus propias soluciones para atención de especialidad, concentrándose en soluciones de corto plazo más que en introducir cambios estructurales.

Mayores antecedentes de cuadros y tablas se describen en Anexo²⁶.

5.3 Estudios de Pre-inversión Hospitalaria (EPH)

5.3.1 Breve reseña de hospitales.

5.3.1.1 Hospital de Victoria.

El hospital de Victoria es un Hospital tipo 2, y junto al de Angol, es el único establecimiento de este nivel en la Región de la Araucanía, encontrándose ambos en la Provincia de Malleco. Cuenta además de las cuatro especialidades básicas, con Traumatología, Cirugía infantil básica, Urología y Oftalmología (estas dos últimas sólo en Atención Abierta²⁷).

Neurología se realiza en atención abierta y cerrada, pero en atención cerrada no se lleva una estadística diferenciada de medicina, por lo cual las atenciones realizadas por el neurólogo se cuentan como producción del servicio de medicina, no así en atención abierta donde sí se encuentra diferenciada.

Este hospital, cuenta con un edificio de 2 pisos, que entró en funciones en 1962 fue construido en hormigón con una superficie de 7.900 M2. Dado lo antiguo del diseño fue

²⁶ Ver Anexo 9 Estudio de red SSMN.

²⁷ Atención abierta considera servicios que se ofrecen de carácter ambulatorios y atención cerrada se asocia a servicios que se ofrecen en hospitalización.

necesaria la construcción de un nuevo edificio exclusivo para Esterilización central de 1420m², lo que fue posible gracias al proyecto del crédito alemán y que comenzó a funcionar en Junio de 1995.

El hospital se encuentra en un punto central de la región, con conexiones a la carretera que une al país, la zona fronteriza por donde transitan vehículos de carga y cercana al hospital regional, siendo un punto de contención frente a posibles accidentes de tránsito.

5.3.1.2 Hospital de Nueva Imperial.

El Hospital de Nueva Imperial es un establecimiento dependiente del Servicio de Salud Araucanía Sur, ubicado en la comuna de Nueva Imperial, a 35 Km. de Temuco.

La comuna de Imperial se sitúa en el centro del sector costero de la región de La Araucanía, entre las comunas de Lumaco y Galvarino por el norte, las comunas de Temuco y Padre las Casas por el este, las comunas de Freire y T. Schmidt al sur; y la comuna de Carahue por el oeste.

Esta comuna cuenta con una población de 40.280 habitantes, de los cuales el 60,2% habita en la zona rural. Respecto a la situación socioeconómica, el 40,3% del total de la población se encuentra en situación de pobreza (con un 13,9% de indigentes y un 32,4% de pobres no indigentes). En Nueva Imperial existe gran concentración de población Mapuche (60% de la población total), lo cual marca la idiosincrasia de esta comuna.

Por su ubicación geográfica, Imperial es el paso obligado de todo el flujo vehicular y poblacional de los habitantes del sector costero desde y hacia Temuco, la capital de la Región de La Araucanía.

Este establecimiento es un hospital tipo 3, con atención abierta y cerrada. Otorga atención médica de nivel primario y secundario, resolviendo patologías de mediana complejidad.

En esta comuna existe el consultorio de Chol Chol dependiente del Sistema de Salud Municipal, el que atiende las consultas de atención primaria de la localidad de Chol Chol y las localidades adyacentes.

En el último quinquenio, el Hospital de Nueva Imperial ha sido reforzado en su planta de recursos humanos con algunos especialistas en el área de cirugía, medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría y psiquiatría, lo cual ha permitido mejorar la calidad de atención entregada a los usuarios, facilitando en parte la resolutiveidad de las

prestaciones entregadas a los pacientes ambulatorios y hospitalizados procedentes de la comuna y de los sectores costeros.

Situación especial constituye el funcionamiento del servicio de psiquiatría, dependiente del hospital de Imperial. Para los pacientes, mayoritariamente crónicos, provenientes de toda la región e incluso de otras regiones, se dispone de un establecimiento ruinoso, separado, que se ubica en el sector alto de Imperial, lo cual genera múltiples dificultades funcionales, operativas y financieras.

Por otro lado, la baja capacidad resolutive de los establecimientos que conforman la red asistencial del área de Cautín, y la demanda insatisfecha de prestaciones de mediana complejidad, han provocado que el Hospital Temuco se encuentre colapsado, resolviendo patologías de menor complejidad, y perdiendo parcialmente su rol como hospital base de la región, encargado de satisfacer la demanda de prestaciones de alta complejidad.

5.3.1.3 Hospital Arturo Hillers (Hospital Saavedra).

El Hospital Arturo Hillers Larrañaga de Puerto Saavedra es un establecimiento de complejidad nivel 4, dependiente del Servicio de Salud Araucanía Sur, se encuentra inserto en la ciudad de Puerto Saavedra, comuna de Saavedra, su área de cobertura abarca toda la comuna con una superficie de 347 Km² y una población estimada de 14.953 habitantes. Su edificio data del año 1965 y está constituido por una construcción de concreto de un piso, que posee una superficie de 1464 mts², emplazado en un terreno de 8900 mts². En los últimos años se le han anexado 3 construcciones de madera de un promedio de 40 mts² cada una, con la finalidad de cubrir demandas actuales de la población y acciones de salud no contempladas en el diseño original del edificio.

La atención otorgada en el hospital se divide en dos áreas: atención abierta, que se realiza primordialmente en el policlínico adosado, correspondiendo a prestaciones de nivel primario y atención cerrada, para lo cual el establecimiento cuenta con 35 camas destinadas a atención de pacientes adultos, infantiles y puérperas.

El Hospital Saavedra presenta falencias importantes en cuanto a la vulnerabilidad física de sus dependencias. Esto es básicamente por la ubicación geográfica del terreno en el que se construyó el establecimiento (aproximadamente 1,5 metros sobre el nivel del mar, frente a la desembocadura del río Imperial), desobedeciendo así las normativas actuales, que especifican para dicha localidad, que la construcción de cualquier edificio público debe hacerse en áreas que se hallen exentas de riesgo de maremoto. Para ello deberá

situarse en el sector alto del pueblo, emplazándose específicamente en dichas zonas los nuevos polos de desarrollo de la ciudad.

La clara influencia mapuche y los altos niveles de ruralidad y pobreza de la comuna de Puerto Saavedra, hacen que el desarrollo de la salud en la zona deba hacerse desde una perspectiva especial, que adopte medidas que potencien el desarrollo multiétnico y faciliten la acogida del paciente campesino.

Para este hospital los estudios previos asumían reposición completa y relocalización para abordar eventos de posibles tsunamis, donde el mayor se generó en el año 1960.

5.3.1.4 Hospital de Pitrufoquén.

La ciudad de Pitrufoquén se ubica al Sur de la IX Región, en la Provincia de Cautín, a 30 km de Temuco, a 38°59' de latitud Sur y a 72°38' de longitud Oeste. La comuna que encabeza tiene una superficie de 542 km², con una forma alargada de este a oeste, abarcando desde las cercanías de Villarrica, hasta los deslindes con la comuna de Toltén en la vecindad de la costa, por lo que presenta una variada topografía, de predominio plano, siendo atravesada por cordones de cerros.

La comuna limita al Norte con el Río Toltén, que la separa de la comuna de Freire (esta última a 3 km); por el Este con Villarrica (45 km), por el Sur con Gorbea (15 km) y por el Oeste con Teodoro Schmidt y con Nueva Toltén (71 km).

Este establecimiento es de tipo 3, con especialidades y debiera ser centro de contención del hospital regional de las comunas con las que se vincula.

Como antecedente histórico se puede agregar que Pitrufoquén en lengua mapuche significa “Lugar de Cenizas” y su origen se encuentra en el fuerte fundado en 1882 en el curso medio del río Toltén, que dio origen a la comuna fundada el 2 de enero de 1897 con el nombre de Lisperguer y fue reconocida oficialmente como Pitrufoquén el 15 de Diciembre de 1898.

La autoridad comunal está representada por el Alcalde y los Concejales, se relacionan con la autoridad del nivel superior; es decir, con la Intendencia, con el Gobierno Regional y la autoridad provincial con respecto a los principios normativos de la descentralización.

5.3.1.5 Hospital de Villarrica.

La comuna de Villarrica está ubicada al sur este de la IX región de la Araucanía en la provincia de Cautín, distante 87 Km. de Temuco. Tiene una superficie de 1291.1 Km.2, la población estimada es de 39.103 habitantes; el 37 % vive en el sector rural y el 63% es urbana.

Está ubicada en la llamada área lacustre cordillerana, la cual es fronteriza con Argentina. Fuertemente marcada por el lago que lleva su nombre, así como por su rasgo de zona precordillerana caracterizada por el volcán Villarrica, pese a no pertenecer al territorio jurisdiccional de la comuna. Está cruzada por cuatro ríos de diverso origen abarcando la superficie correspondiente a la hoya hidrográfica superior del río Toltén, la cual incluye el Gran Valle Glaciar del río Trancura, además de los lagos Villarrica, Caburgua, Calafquén, Huilipilún, Tinquilco, Colico e innumerables lagunas, ríos y esteros. El relieve general es semiaccidentado por estar ubicada en una zona precordillerana con una topografía de lomajes suaves, con especies arbóreas autóctonas e introducidas.

La presencia de lagos, fuentes termales y el macizo andino han convertido a Villarrica junto a la vecina comuna de Pucón en uno de los centros turísticos más importante del país.

La comuna presenta un clima templado frío lluvioso con influencia mediterránea y clima de hielo de altura.

Por sus características el Hospital de Villarrica es de mediana complejidad, se relaciona con el flujo de turistas en el país que en tiempos de verano llegan a más que duplicar la población de la comuna, sumado a zonas aledañas como Pucón.

5.3.1.6 Hospital Abraham Godoy Peña (Hospital de Lautaro).

La comuna de Lautaro se sitúa en el sector central de la IX región de la Araucanía, en la provincia de Cautín, a 30 Km. de Temuco y a 2 Km. de la carretera longitudinal sur. Posee una superficie de 901,1 Km2, lo que representa un 3,97 % de la superficie de la novena región. Adyacentes a ella se encuentran las comunas de Vilcún, Perquenco, Galvarino y Curacautín ubicadas a 49 Km, 13 Km y 36 Km respectivamente, con las cuales existen vías de acceso expeditas por la ruta 5.

La atención de salud de la población está dada por la existencia del Hospital Abraham Godoy Peña ubicado en calle Escala S/Nº, su atención es principalmente de baja complejidad, con visitas esporádicas de especialistas en materia quirúrgica. La zona se

caracteriza por la presencia de inmigrantes suizos y asiáticos, quienes han instalado empresas en esa zona.

5.3.1.7 Hospital de Curacautín.

La comuna de Curacautín, se ubica en el Noreste de la Novena Región de la Araucanía, en la zona precordillerana de la provincia de Malleco. Cuenta con una superficie de 1.664 Km² de un total regional de 13.420,1 Km². De su origen volcánico se modela su relieve con efusiones de lava de los conos volcánicos.

De Norte a Sur, el primer cono volcánico, truncado, por un episodio de gran violencia es el Tolhuaca, de 2.800 metros sobre el nivel del mar (m.s.n.m.), tiene como compañero al volcán Lonquimay de 2.865 m.s.n.m., a cuyo conjunto convergen de diversas direcciones, sierras, cordones montañosos y cordilleras que dan unidad al primer conjunto andino regional.

Al Oriente del sistema Tolhuaca-Lonquimay y al Sur del sistema Llaima –Sierra Nevada, se levanta la Cordillera de Las Raíces, la cual es atravesada por el túnel Las Raíces, que posibilita la comunicación terrestre hacia Lonquimay y Argentina.

Las zonas bajas parten desde Malalcahuello al occidente, con una altitud en descenso, para transformarse en lomajes cada vez más suaves. La ciudad de Curacautín se encuentra emplazada en una especie de valle formado por los ríos Blanco y Manzanoco, el cual atraviesa a la ciudad; por otro lado, el valle del río Cautín que se extiende de Este a Oeste, dividiendo la comuna.

Existe comunicación con Argentina a través del Camino Internacional asfaltado, camino de acceso rural ripiado hacia Rariruca, La Tapa, Queule, Río Blanco y Tolhuaca, este sector con difícil acceso a Curacautín en invierno. Cuenta con 2 vías que conectan una con Victoria y otra con Lautaro (sector Santa Ana y Santa Julia), ambas rutas asfaltadas. La mayor parte de la infraestructura vial de la comuna está dotada por caminos de ripio y tierra, con excepción de las arterias principales.

El hospital es de baja complejidad, donde sus características fronterizas hacen que los demandantes de servicios de salud sean chilenos y argentinos que viven en los límites de la frontera.

5.3.1.8 Consultorio de Especialidades Miraflores.

El establecimiento se ubica en la comuna de Temuco, capital regional de La Araucanía, localizada a 38° 44' de latitud sur y 72° 35' de longitud oeste. Está ubicada en el corazón de la región de la Araucanía. La ciudad de Temuco, tiene una configuración alargada de semi abanico, condicionada por el cerro Ñielol, ubicada en la depresión intermedia, limitada por el río Cautín. Los suelos en la comuna son principalmente de aptitud agrícola en un 61.70 %, en tanto que tienen aptitud forestal en un 28 % y sólo el 8.49 % tienen aptitud ganadera.

El consultorio Miraflores es un establecimiento de mediana complejidad que inició su funcionamiento en dependencias públicas, no siendo su origen para albergar una institución de salud. Por su relevancia en la red de atención presta servicio de consultas ambulatorias de especialidades y de urgencia no considerando atención de hospitalización.

5.3.2 Resultados.

El cuadro 14 sistematiza los principales resultados de los estudios que en promedio reflejan aproximadamente 2.000 hojas cada uno y dado el nivel de detalles que consideran sus análisis, la siguiente es una selección de los indicadores más relevantes²⁸.

²⁸ Ver Anexo 10: Detalle de estudios y contenidos.

Cuadro 14 Resultados de los análisis de EPH.

Caracterización general de los estudios		REGION DE LA ARAUCANIA							
		Victoria	Imperial	Saavedra	Pitrufquen	Villarrica	Lautaro	Curacautin	C. Miraflores
		Mediana (2)	Mediana(3)	Baja	Mediana(3)	mediana (3)	Baja	Baja	Mediana
Territoriales	Población	34.876	40.280	14.956	14.851	39.103	29.584	17.033	302.816
	Area de Influencia	170.430	98.910	14.056	74.298	68.530	29.584	17.033	50%
	Pobreza e Indigencia	43%	46,3%	77,6%	34,6%	16,5%	27%	77%	13%
	Ruralidad	35%	60,2%	83,7%	15,3%	37%	33,7%	27%	5,7%
	Mapuche	13%	60,0%	63,7%	25,8%		4%	10%	21%
Produccion	Consultas APS		25.905	20.494	27.428	30.409	22.321	11.233	36.484
	Consultas de Salud Mental		1.170	N.c	N.c	N.c	N.c	N.c	4.875
	CME	31.441	7.708	N.c	6.770	20.863	2.362	N.c.	19.749
	CMU	31.734	35.587	7.341	24.467	32.324	32.032	16.845	53.741
	Egreso	5.042	7.505	2.006	3.300	4.913	2.849	1.234	N.c.
	Camas	176	148	35	77	81	69	51	N.c.
	Tasa Ocupación	70%	83%	73,4%	58%	64%	50,2%	28%	N.c.
	Promedio Dias estada	6	7,2	4,7	5,5	4	4,5	4,2	N.c.
Finanzas	Gastos RRHH US\$	3.974.274	2.348.718	696.507	1.547.691	2.408.183	1.453.611	925.279	2.885.049
	% RRHH sobre gasto Total	81%	80%	76%	77%	74%	80%	79%	81%
	Bienes y servicio US\$	929.357	604.053	218.816	453.082	831.426	365.368	251.332	679.203
	Total de gastos Inicial US\$	4.903.631	2.952.772	915.322	2.000.773	3.239.609	1.818.978	1.176.611	3.564.252
Recursos Humanos Cargos 44 horas	Directivos	3	1	0	1	2	1	1	1
	Medicos	30	23	4	15	17	11	7	31
	Odontologos	5	3	2	2	5	2	1	16
	Enfermeras	16	11	2	5	8	5	2	12
	Profesionales Salud	24	16	6	13	17	13	7	28
	Otros Profesionales	6	9	2	6	7	2	4	6
	Tecnicos	114	89	21	45	57	47	26	68
	Admvos	34	22	4	14	22	13	5	33
	Otros	60	39	15	22	29	25	23	14
	Total	292	213	56	123	164	119	76	209
	Camas Propuestas	186	161	29	77	105	47	18	N.c.
Resultados	M2 Actuales	8.268	5.970	Reposición	3.496	4.323	4.422	2.681	4.620
	Mt2 propuestos	18.829	14.739	4.767	9.404	10.331	5.562	3.326	4.227
	Inversion US\$ Actual	33.971.928	27.380.635	7.090.961	12.941.984	15.921.172	7.152.917	4.754.914	7.278.563
	Gastos de operación	9.222.746	6.012.015	1.683.008	3.915.664	5.181.993	2.365.169	1.539.943	3.496.191
	Personal propuesto	582	387	52	259	302	124	95	202
	Externalizar	4 Unidades	2 Unidades	2 Unidades	2 Unidades	2 Unidades	2 Unidades	1 Unidad	
N.c.= No se considera para el establecimiento									
Valores actualizados y ajustado a tipo cambio \$590=1 dolar									

Fuente: Elaboración propia, en base a EPH.

De esta síntesis es importante destacar los siguientes aspectos:

- Las características de las comunas reflejan la vulnerabilidad y condiciones socioeconómicas con altas tasas de pobreza, si bien estos corresponden a indicadores de inicios de la década del 2000, estas realidades se mantienen en las zonas costera y cordillerana.
- La ruralidad es otra cualidad de la región que alberga más de 25.000 kilómetros en caminos rurales (MOP, 2014).
- Las áreas de influencia, varían según el tipo de establecimiento donde los de baja complejidad consideran sólo su comuna como población objetivo. En el caso de hospitales y centros de mediana complejidad, las áreas varían según la especialidad, su red, y el perfil de usuarios de estas especialidades identificando de forma estimada la mayor cobertura en sus definiciones.
- Las tasas de ocupación de camas varían según el tipo de establecimiento lo que genera repercusiones en la propuesta del nuevo diseño.
- En términos financieros las principales partidas son recursos humanos y bienes y servicios con porcentajes equivalentes. En recursos humanos horas extras, suplencias y reemplazos representan un valor significativo superior al 25%. En bienes y servicios farmacia es la partida de mayor relevancia en la medida que la complejidad sube.
- El proceso de optimización generó incrementos en infraestructura, recursos humanos, así como la externalización de unidades por criterios de eficiencia con las implicancias financieras en el gasto anual proyectado.

5.4 Problemas Identificados en los Hospitales

Como resultado de la etapa de diagnóstico, se pudo sistematizar los problemas hospitalarios respecto de sus áreas de trabajo, los que se resumen en el cuadro 15, destacando aquellos encontrados en establecimientos de mediana y alta complejidad como patrones comunes.

Cuadro 15 *Problemas y dificultades observadas.*

DEBILIDADES Y DIFICULTADES OBSERVADAS					
PROCESOS PRINCIPALES	CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	Horas pedidas en consultas de especialistas por no asistencia paciente	SERVICIOS DE SPOYO A LOS PROCESOS PRINCIPALES	Infraestructura e instalaciones	Edificios en su mayoría construidos en la década de 1950 por lo cual fuera de normas modernas
		Composición consulta (control/consulta nueva) elevada, sobre el 90% en algunas especialidades			Riesgo de Vulnerabilidad importante, con instalaciones funcionando pero en regular estado
		Listas de espera			Dificultades de funcionalidad de ampliaciones abordada en los años
		Control de proceso del nivel de complejidad no es anticipado a la consulta		Equipos	Del catastro realizado un número importante estaba en funcionamiento aunque más del 60% requería reposición
		Ausencia de referencia y contra-referencia como sistema hospitalario			Tiempos de espera de reparación para equipos defectuosos importante
		Fragmentación en los procesos durante y post atención médica (apoyo clínico, diagnóstico, terapéutico)		Sistemas de información	Desarrollo de sistemas por áreas relevantes (Finanzas, personal, compras agenda médica, gestión de camas), no siendo sistemas integrados como procesos productivos.
		Escases de especialistas			Se identificaron de 3 a 5 tipos de sistemas de información diferentes.
	CONSULTA DE URGENCIA	Alto porcentaje de consulta no pertinente			Los sistemas de información no se ajustan a facilitar la gestión directivas según niveles bajo perspectiva de procesos
		Planificación del proceso con personal fijo 24 horas sin adecuación a fluctuaciones de demanda salvo refuerzos evidenciados		Finanzas	Gestión Financiera centralizada sin descentralización, orientada bajo control presupuestario. Estructura financiera similares 75% a 80% Recursos Humanos, 15% Farmacia y su diferencia otras partidas. No se identifican gastos por mantenimiento e infraestructura significativos.
		Problemas de acceso a Hospitalización y servicios de apoyo especialidades, como UCI, UTI			Endeudamiento importante, generado por cambios estructurales (aumento de Gasto RRHH en algunos meses).
		Conexión con red de atención primaria fragmentada no vinculada formalmente			gasto en horas extras importante respecto del total de gastos en Recursos Humanos
	ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	Pacientes con clasificación de no gravedad (D), significativos sumado a ellos casos sociales		Recursos Humanos	Déficit de dotación de personal variable (Médicos, Enfermeras, Paramédicos, profesionales de apoyo) y Fijo
		Tasa de ocupación de camas heterogénea con altas en algunos servicios (medicina) y bajos en otros (pediatría).			No se identificaron problemas de clima, si de sobrecarga de trabajo y ausentismo relevantes (15% a 18%) horas año, según estamentos
		Alta tasa de pacientes graves adultos			Programas de Bienestar del personal orientado preferentemente a reembolso de medicamentos y acciones de salud.
		Fragmentación con red de derivación a hospitales de mediana complejidad deteniendo los procesos de traslados		Diseño Organizacional	Todas las instituciones están bajo diseño por productos, con fragmentación respecto de los procesos y dependencias jerárquicas, sin sistema de control unificado, disponible en tiempo real.
		Fragmentación con servicios de resolución diagnóstica no siendo siempre oportuno el servicio, con esperas.			Se identifica una clara separación entre lo clínico y lo administrativo lo que apunta en contra de una mirada integral en los procesos de atención de salud y habilidades directivas
		Déficit de personal de enfermería y de apoyo		Procesos Productivos	Procesos fragmentados y con ausencia de mecanismos de integración permanente
		Rigidez en la gestión de personal de apoyo inter-servicios			

Fuente: Elaboración propia basada en EPH.

Al analizar el área de consultas, en los hospitales de mediana y alta complejidad que disponían de especialidades; se evidenciaba un alto índice de la relación controles/consultas, que representa el flujo de los procesos, ya que si este indicador se

acerca a uno (o 100%) en el análisis de un año, quiere decir que los pacientes atendidos son los mismos sin incorporar nuevos en el flujo de atención, ámbito que analizaremos en las variables de los procesos más adelante. La ausencia de protocolos de referencia y contra-referencia era aspectos que influían en este comportamiento, sumada a la fragmentación con servicios de apoyo que no permitía anticipar exámenes o facilitar su inclusión en la agenda según el nivel de gravedad en que llegaba el paciente a la atención. La escasez de especialistas era otro factor que influía en los procesos, acumulándose listas de espera importantes. El análisis de estas listas, distribuidas por comunas, permitió apreciar que existía una demanda oculta. La variabilidad del indicador Lista de espera/población objetivo de la comuna, era heterogénea en comunas cercanas y en los hospitales regionales su análisis identificaba en algunas comunas baja demanda respecto de su población. Por tanto, al indagar en sus procesos concretos, se apreciaba que las personas, al saber que no había hora disponible de su conveniencia, simplemente no concurrían o el funcionario les indicaba que no había hora sin evidenciar la necesidad. Esto generó abordar un monitoreo de las consultas en un mes para reflejar la intención de derivación de médicos y ajustar los coeficientes bajo este análisis.

En consultas de urgencia, la característica común en los hospitales era el alto porcentaje de consultas no pertinentes, entendiéndose como pacientes tipo C4 y C5 (baja complejidad o no pertinentes), que no presentan riesgo vital o que requieren apoyo educativo para enfrentar sus estados de enfermedad. Junto a ello, el vínculo con la red de urgencia de atención primaria se observaba fragmentado, sin el desarrollo de reuniones de coordinación ni el establecimiento de vínculos formales que permitieran derivar a los pacientes de sus territorios. En este contexto, las dificultades de los usuarios rurales para acceder a un servicio de urgencia eran importantes, por los tiempos de traslado (ambulancias – enfermos) y si esta era en la noche, en la post-atención el paciente quedaba en una situación compleja, teniendo que esperar hasta la madrugada para regresar en la locomoción colectiva disponible o pagando un taxi quienes podían, lo cual tomaba relevancia en zonas pobres.

Otro aspecto que se identificó corresponde a los sistemas de turnos de 24 horas. En esta materia, debe redefinirse como política el esfuerzo humano que asumen los médicos además de la adaptación de la oferta a las fluctuaciones de demanda, considerando que los estudios demostraron un notorio incremento los días de fines de semana y festivos respecto de otros días, como también demostraron las diferencias dentro de ciertas horas en el día, incrementándose la demanda de noche. Un estudio abordado por la Universidad de La

Frontera que modeló el Servicio de Urgencia del Hospital Regional de la Araucanía, (Muñoz, 2003), mostró que estas unidades no requerían más horas médicas para acelerar sus procesos, ya que la experiencia adquirida gracias a la frecuencia de pacientes hace que sus procesos diagnósticos sean muy breves; incluso, -a través de- entrevistas con médicos de urgencia expertos, se observó que el proceso demoraba en algunos casos no más de 3 minutos, resolviendo hospitalizar o indicar exámenes. Esto implicaba, que al sumar personal para apoyo diagnóstico o terapéutico, los procesos se aceleraban y la relación con los servicios diagnósticos tomaba relevancia. Respecto de su vínculo con hospitalización y servicios de apoyo, el acceso a camas comunes o de cuidados intensivos era la principal inquietud en hospitales de mediana y alta complejidad.

En hospitalización, la clasificación por riesgo-dependencia era obligatoria en hospitales de mediana y alta complejidad, en ellos, un porcentaje importante correspondía a pacientes tipo D, de bajo riesgo y baja dependencia. Como enfoque de gestión, esta clasificación corresponde normalmente a pacientes que van a ser dados de alta o aquellos que ingresan para alguna operación que no requiere cuidados, o por protocolos en partos que indican un tiempo estándar. Sin embargo, en los análisis de los hospitales de alta complejidad, se identificaron casos de pacientes que estaban a la espera de exámenes y no querían perder la cama, pasando más de un día en ella, y un número importante de usuarios que ocupaban camas por problemas de transporte o en espera de ser derivados a otro hospital de menor complejidad. En hospitales de baja complejidad como el de Puerto Saavedra, se identificaron 6 camas año (6 x 365 días ocupados a una tasa de ocupación el 80%) de casos sociales, y al analizar esta situación la ruralidad y la pobreza de la zona marcaban un factor importante de estas camas. Por ejemplo, si el paciente debía ser atendido en el Hospital Regional, tenía que estar a las 8 de la mañana, pero al no tener capacidad de resolver autónomamente su alojamiento le era imposible ir el día anterior y llegar a la hora el día indicado. Ante esa situación el hospital, al disponer de camas, ingresaba al paciente la noche anterior para que en la mañana viajara junto con la ambulancia o en el transporte frecuente que tiene en su ruta el establecimiento o simplemente tomara el primer bus de madrugada, ya que se trata de una zona distante a 1,5 hora de la capital regional.

En materia de pacientes críticos, Rancagua, el Hospital base de la Región de O'Higgins, reflejaba una fuerte demanda en esta área, demanda que no consideraba la tasa de pacientes categorizados en B en el servicio de medicina que eran significativos en este último, a la cual se sumaba aquella de pacientes de Medicina de acuerdo al informe de

categorización²⁹. Esta realidad de medicina, era característica de los hospitales de mediana y alta complejidad, observados en Victoria en el Hospital San José y en menor medida en el Hospital de Imperial.

Respecto de los servicios de apoyo, destacaba en los hospitales el déficit de personal según criterios referenciales a nivel de médicos y enfermeras, déficit que se mantiene hasta hoy, marcando un componente importante en los procesos de optimización que se abordaron con posterioridad.

Los estudios de clima organizacional no reflejaban indicadores relevantes y la explicación de los especialistas era simple: la sobrecarga de trabajo no les permitía tener diferencias o no disponían de tiempo para ello. Este estudio se aplicó a todos los hospitales de la Región de La Araucanía. Mayores antecedentes se pueden apreciar en Anexo³⁰

Respecto al aspecto financiero, los ingresos de los hospitales reflejaban sobre el 98% por vía de transferencias del presupuesto público. La mayoría de los hospitales reflejaba deuda, y su estructura financiera estaba claramente marcada en dos cuentas, la de recursos humanos y la partida de bienes y servicios. Recursos humanos representaba un 75% a 80% de la estructura financiera según el tipo de establecimiento, mientras que en bienes y servicios correspondía a su diferencia. En la partida de bienes y servicios la cuenta Farmacia era la de mayor peso con un 12% a 15% del total del presupuesto, siendo su diferencia destinada a financiamiento de operaciones. En recursos humanos, llamaba la atención la participación de horas extras, reemplazos y suplencias con un 40% de su composición en los hospitales. Respecto a sus ciclos, los mayores desembolsos mensuales correspondían a los meses de verano, enero-febrero, producto de reemplazos del personal por vacaciones. Los hospitales de alta complejidad generaban desembolsos significativos por este concepto superado en un 30% el gasto normal del mes promedio, cambiando la estructura financiera descrita inicialmente. La producción caía sin embargo en esos meses producto de la ausencia de médicos y de hábitos de los usuarios que “postergan su enfermedad hasta marzo o sus intervenciones quirúrgicas”, donde estas últimas crecían en el mes de Marzo. En este ámbito no guardaba relación el gasto con el comportamiento productivo de los hospitales, asumido como costumbres organizacionales.

En materia de infraestructura, los hospitales requerían intervención completa, por la antigüedad de sus edificaciones, construidas en su mayoría en la década del 50 y 60, y

²⁹ Ver Anexo 11 Síntesis de categorización Hospital Rancagua casos medicina y UCI.

³⁰ Ver Anexo 12 Informe global diagnóstico organizacional, resumen.

por el estado de sus instalaciones, situación que presentaba similares características en equipamiento.

Respecto del diseño organizacional, sus estructuras orgánicas estaban claramente orientadas a diseño por productos, donde estos se agrupaban bajo una estructura clínica y administrativa según su función. La fragmentación de los procesos se evidenciaba inicialmente en esta separación, lo que generaba puntos de vista distintos para evaluar los procesos, uno pensando en la eficiencia del gasto y el otro en la salud del paciente. Esta situación, obligaba a establecer acuerdos de funcionamiento y negociación, reflejando diferentes personalidades directivas y donde los médicos eran determinantes en términos de qué hacer. Los sistemas de información también reflejaban la fragmentación. De hecho, en el Hospital de Victoria el estudio de los aspectos informáticos identificó 5 tipos de software diferentes, unos orientados a responder consultas ministeriales (normalmente instalados de forma central), otros destinados a requerimientos de los servicios (con el mismo fin) y el resto a aplicaciones internas dirigidas a directivos del hospital o sus unidades. El énfasis de su desarrollo se centraba en recursos humanos, prestaciones de salud, y finanzas, principalmente, pero sin integración entre ellos ³¹ (Informe de informática). Los procesos de planificación y control estaban limitados a requerimientos centrales y a restricciones presupuestarias. Al observar sus procesos de gestión, las decisiones se tomaban más por intuición producto de reuniones de trabajo más que por evidencia basada en indicadores, siendo limitado el sistema de reportes. En materia de políticas, estas no existían en documentos formales, sino que se operaba en función de costumbres o decisiones de directivos que se hacían parte de las organizaciones o en su defecto se basaban en normativas o resoluciones. Los principales problemas se centraban en la escasez de recursos evidenciada en la estructura financiera y dificultades de coordinación entre unidades. Estas las describiremos en el análisis de origen-destino para evidenciar las dificultades operacionales, tomando como ejemplo el Hospital Regional de Rancagua.

5.5 Análisis de Procesos

El análisis de procesos y la construcción del mapa integrado de procesos, se generaron tras la necesidad de establecer relaciones encadenadas entre los diferentes productos que entregaban las distintas unidades hospitalarias. Este mapa facilitó posteriormente la

³¹ Ver Anexo 13. Informe Informática.

construcción de coeficientes para la proyección de recursos, y su profundización permitió identificar variables que influían en sus flujos y determinar factores sistémicos que afectan a los hospitales. A continuación se describirá el mapa integrado resultante, los procesos principales analizados bajo la relación origen-destino de la atención de pacientes, las variables que influyen en los procesos y sus factores sistémicos, para finalizar con el sistema de relaciones hospitalario.

5.5.1 Mapa de procesos integrados.

En la ilustración 15 se puede apreciar el mapa de procesos integrado, generado como consecuencia de los EPH tras sistematizar sus procesos y relaciones.

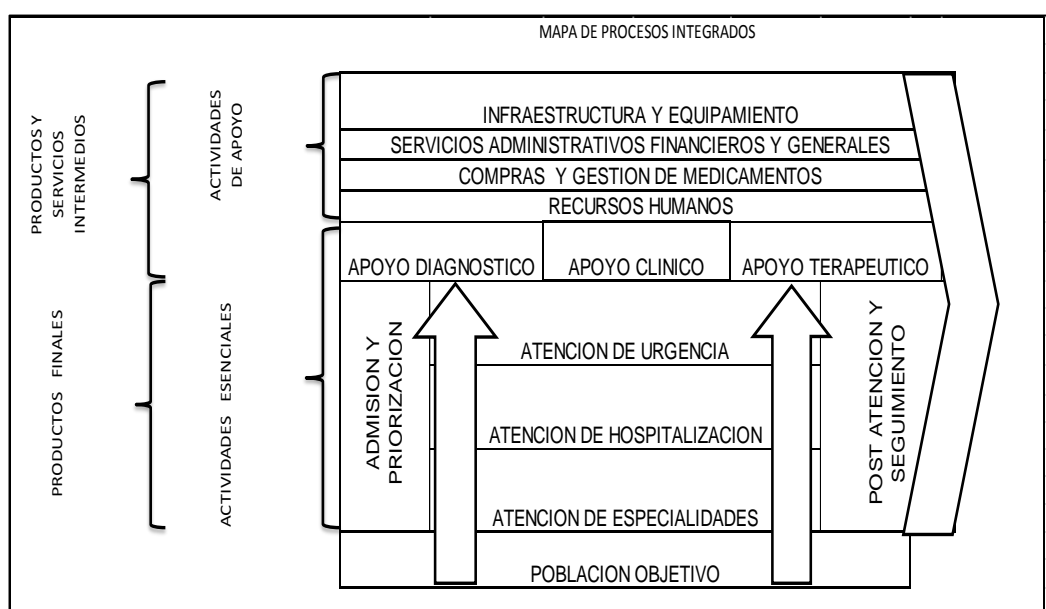


Ilustración 15. Mapa de procesos integrado. Fuente: Elaboración propia basada en EPH.

La figura resultante de los análisis de EPH, presenta un mapa basado en actividades que se ha definido como esenciales, conformadas por los productos finales de los establecimientos: consultas de atenciones de urgencia, atención de hospitalización y consultas de atención de especialidades, agregando a ellas los apoyos clínico, diagnóstico y terapéutico. Esta relación es clave para identificar los vínculos productivos. A partir de ahí se van insertando otros servicios de apoyo importantes pero no determinantes para el trabajo clínico. Vinculados a las actividades esenciales se encuentran los procesos de ingreso y salida del paciente, cuya relación permite comprender el flujo de procesos que considera estas acciones como parte de él.

A diferencia de otros mapas, no hemos realizado la separación estratégica, operativa y de apoyo, principalmente porque el concepto de desarrollo y análisis debe ser parte de cada unidad. La exigencia de integrar los procesos guarda una prioridad mayor a los análisis particulares de cada uno, planteando bajo esta perspectiva la contribución estratégica que hace cada unidad a los procesos principales (esto, obviamente, indistintamente de aquellas decisiones macro-sistema que escapan de los procesos hospitalarios) o del vínculo con el medio cuyas fronteras son cada vez más difusas, en la generación, adquisición y absorción de nuevos conocimientos (Morcillo,2012) . Esta relación también condicionará el tipo de estructura organizacional a proponer, abordando los mismos parámetros de integralidad y mirando el proceso como base de su diseño. Junto a ello si se subcontrata los servicios y se fortalece el vínculo con proveedores (seguridad, alimentación, abastecimiento), la colaboración tecnológica con ellos pueden lograr una mayor propensión hacia las innovaciones en producto que son parte de los procesos (Minguela, 2013), A continuación se profundizará en los productos finales, para comprender cómo se configura esta relación, con variables que determinan su aceleración o su estancamiento en el flujo de una prestación de servicios de salud.

5.5.2 Variables que influyen en los productos finales.

Uno de los desafíos de la gestión de hospitales y en especial en mediana y alta complejidad, se relaciona con el flujo de los procesos y su mejora. El objetivo es que sean expeditos, ágiles y efectivos en sus resultados, incorporando el comportamiento de la demanda de la población. Para esta comprensión, se han sistematizado variables que en los análisis influían en los procesos de atención y por ende en su eficiencia, los que se detallan en la ilustración 16.

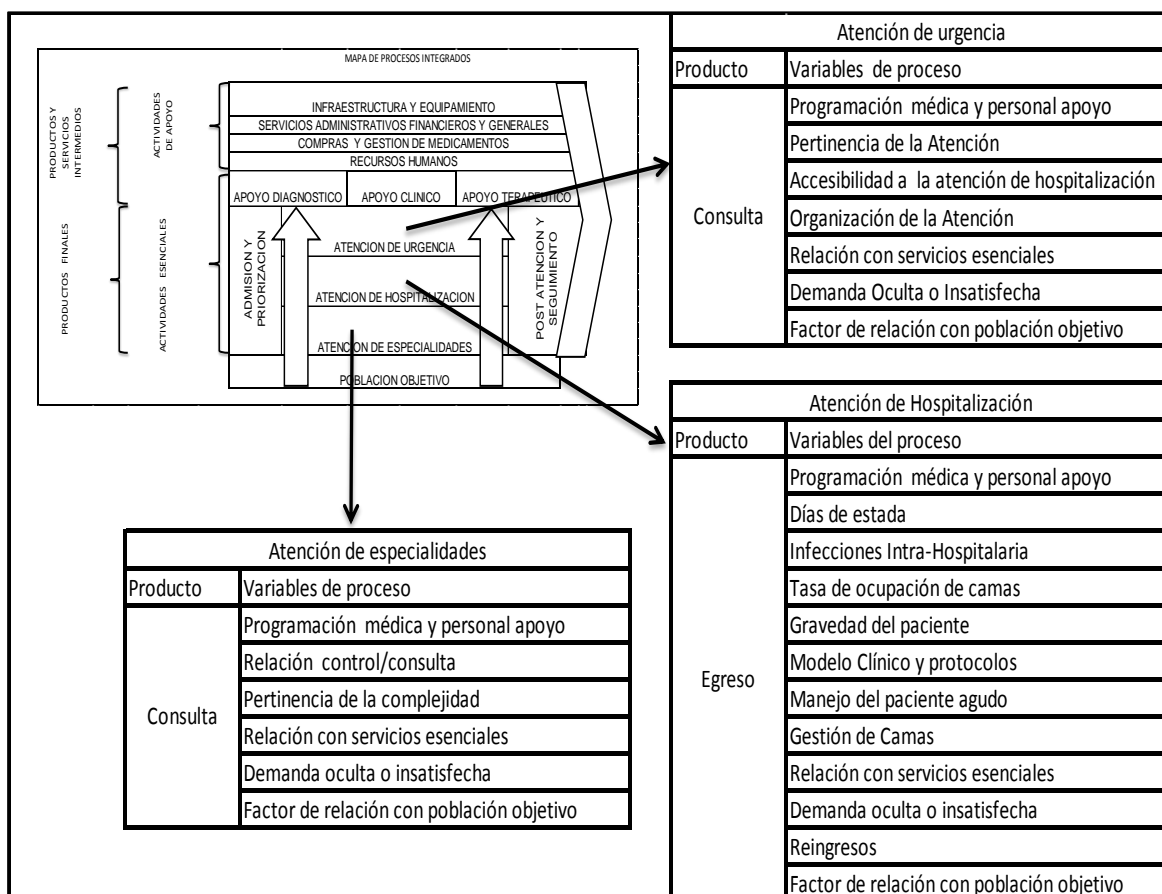


Ilustración 16. Variables que influyen en los procesos y productos hospitalarios. Fuente: Elaboración propia basada en EPH.

La atención de urgencia es un área sensible, que recibe a pacientes con “sensación de gravedad” pero que en un número importante de casos no es vital. De los factores descritos, todos de alguna forma son susceptibles de acelerarse. Es así que, por ejemplo, la totalidad de los hospitales reflejaban un porcentaje promedio superior al 60% de pacientes no pertinentes a urgencia en términos de gravedad vital, con sistemas de selector de demanda para priorizar.

La programación médica se mantiene aún bajo sistemas de turnos fijos, sin ajustarlos al comportamiento de la demanda, que, como se dijo, refleja claros incrementos en horas determinadas, días de la semana y en periodos dentro del año. El acceso al personal de apoyo y la relación con los servicios esenciales fue un factor que influía en el proceso. A su vez, en los casos de pacientes graves, la red de vinculación con Hospitalización para pacientes que requerían ser intervenidos u hospitalizados, también mostraba un estancamiento frecuente.

La atención de hospitalización, dispone de métodos como el de *Proceso Analítico de Jerarquía* (AHP) (Saaty, 1981), - identificando variables relevantes de este proceso. A

ellos es posible agregar otras variables, que también condicionan la eficiencia del proceso, llegando a una jerarquización de sus impactos que se describirán a continuación.

La programación médica para intervenciones quirúrgicas y atención de hospitalizados, (al igual que en las otras áreas), es la base de los procesos, en el sentido de que su disponibilidad activa los procesos. Los días de estada, por su parte, vinculados con la gravedad del paciente y los modelos clínicos y protocolos, fueron relevantes al momento de analizar la composición de los egresos. Para el Hospital Regional de Rancagua, por ejemplo, se abordaron análisis especiales producto de la mayor necesidad de camas que demandaba en pacientes críticos (UCI, UTI). Esto implicó un estudio paciente a paciente por un año de categorización médica y de enfermera, obteniendo como resultado que la alta demanda se vinculaba estrechamente con los protocolos médicos y no había diferencias significativas entre los dos criterios profesionales. En este caso, los pacientes en más de un 90% fallecían antes del segundo día. Para las camas no críticas, los días de estada y la gravedad del paciente, al ser gestionados en el mismo hospital, generaban más de un 20% de camas año libres. El modelo de sensibilización que se abordó bajo escenarios de optimización asumía:

- Mover pacientes graves a camas pertinentes dentro del hospital bajo atención progresiva.
- Gestionar pacientes no graves hacia la red o derivar aquellos que no calificaban para estar hospitalizados (domicilio-hospital de referencia donde la red de transporte tomaba relevancia).
- Gestión con servicios de apoyo, pabellones, exámenes, etc.

Los hallazgos más complejos se identificaron en Medicina. La categorización de pacientes por gravedad en los hospitales de mediana y alta complejidad, permitió identificar un número importante de casos clasificados para camas críticas del tipo A o B de este servicio. Estos casos generaban más de 50 camas como demanda anual, por lo que al profundizar su análisis se detectó que estos en su mayoría correspondían a pacientes que superaban los 60, o más años de edad, lo que implicó evaluar su situación bajo análisis de costo-efectividad. Bajo discusión técnica se abordó instalar este tipo de paciente en camas de agudos, lo que requiere recursos importantes pero no de tan alto costo como una UCI o UTI. Se suma a su vez que en promedio eran pacientes de tenían de 2 a 4

enfermedades preexistentes como diabetes o hipertensión, calificándose con alto riesgo-dependencia.

La red de vinculación con servicios de apoyo tales como pabellón, imagenología, laboratorio y procedimientos, toma relevancia al ser parte permanente de los procesos hospitalarios, donde su acceso expedito evita días de estada del paciente hospitalizado y, en consecuencia, mejora la rapidez del proceso de atención en su resolución diagnóstica o terapéutica. Las esperas en régimen de hospitalización para intervenciones o para exámenes eran frecuentes en los hospitales.

La tasa de ocupación de camas, consecuencia de las variables antes señaladas, también se consideró como variable relevante, vinculada esta con el uso de un recurso variable como que es una cama disponible para atender un paciente. La clara diferencia entre camas de medicina y pediatría era un común denominador en hospitales de baja y mediana complejidad. Las primeras saturadas con tasas de ocupación que llegaban al 100% y más (sumando camillas) en periodos de alta demanda y las otras con holguras importantes que fluctuaban entre el 40% y 70%. En la medida que subía la complejidad esta variable se ajustaba. La gestión indiferenciada de camas, sobre la cual se han diseñado todos los nuevos hospitales, permitirá darle flexibilidad y estabilidad como indicador entre las unidades, separando su gestión de los servicios clínicos. A esta medida se suma la gestión en red, bajo la agregación de todas las camas a gestionar en un territorio, en especial las de alto costo y aquellas vinculadas con el sector privado, ya en funcionamiento como estrategia en Chile (Subsecretaria de redes asistenciales, 2013). Un aspecto que acompaña a este indicador es la movilidad del personal. Bajo el diseño de servicios clínicos y observando las tasas de ocupación, se dificultaba mover el personal de zonas con holgura hacia aquellas áreas saturadas, en consecuencia, era preciso abordar, una gestión de cuidados y cambios de su jerarquía en la organización en términos de poder y manejo de recursos.

La demanda oculta, presente en los tres procesos, es hoy en día sólo dimensionada bajo lista de espera de intervenciones quirúrgicas y/o procedimientos que requieren hospitalización. Se trata de un indicador que toda autoridad enfrenta y que los resultados de las *Garantías Explícitas de Salud* (GES) han evidenciado cifras que se alejan de las mejores estimaciones de demanda, basadas en la información histórica (Superintendencia de Salud, Chile Evaluación GES, 2007). Otro aspecto relevante observado en los estudios en plena reforma guarda relación con el efecto sustitución. Al activarse la normativa, se sustituyeron perfiles diagnósticos priorizando aquellas enfermedades con coberturas

garantizadas, quedando en espera aquellas que antes eran atendidas, sin cambios significativos en las prestaciones, no evidenciando por ende la mayor demanda de recursos para mantener al menos su estructura de prestaciones actuales.

En las consultas de especialidad se identificó que la relación consulta/control, la pertinencia y el vínculo con los servicios de apoyo esenciales y de apoyo eran relevantes para acelerar o estancar el flujo de atención. Para el primer factor, la relación consulta/control observada fluctuaba entre 85% y 98%, implicando el porcentaje mayor que el establecimiento atendía prácticamente a los mismos pacientes sin incorporar nuevos casos al año. La necesidad de protocolos y la profundización de estudios de diagnósticos era el desafío de los hospitales. En las especialidades, los 10 principales diagnósticos abordaban cerca del 80% de los casos atendidos.

La gestión de procesos y su fragmentación se reflejaba en las opiniones de los especialistas cuando indicaban que “le llegan pacientes no pertinentes de los hospitales más pequeños”. Se suma a ello los casos que demandan examen, y que pudiendo anticiparse a la consulta del especialista por diagnóstico derivado, asistían a la consulta y como resultado generaban emisión de exámenes, los que nuevamente se agendaban, aumentando el proceso en términos de tiempo. Ambos factores son susceptibles de abordar con una adecuada integración de los niveles de complejidad. En las entrevistas se identificó que los médicos de hospitales de mayor complejidad no tienen contacto con hospitales pequeños en forma frecuente para análisis o apoyo, aspecto en que la telemedicina y las video-conferencias pueden aportar a futuro un espacio de conversación y evaluación técnica.

La tecnología y la integración de los procesos se observaron ausentes en estas variables y trabajadas más hacia problemas funcionales (finanzas, personal, prestaciones, abastecimiento) que como procesos integrados. Por ejemplo, el vínculo de recinto de atención del médico con los servicios de apoyo pudiera organizarse de tal modo que se priorice y se incorporen a la agenda en línea los exámenes en función de las necesidades que él defina, acelerando de este modo sus procesos. Lo mismo ocurriría si dispusiera de vínculos con servicios como farmacia, hospitalización o pabellones. En el primer caso podría ver medicamentos a recetar y en el segundo ver si es posible prescribir hospitalización. Similar situación se vio entre urgencia con UTI, UCI y pabellones y sus dificultades de acceso o en el área administrativa entre finanzas con abastecimiento, respecto de compras y registros y entre estos con perfiles diagnósticos o recetas, aspectos

claves para poder costear lo que se demande. No se identificaron con claridad sistemas integrados para agilizar procesos.

Por las razones arriba señaladas, considerando el mapa de procesos integrado, y las variables que influyen en ellos, se desarrolló un análisis de las relaciones funcionales que permitió proyectar y sensibilizar, bajo estándares y criterios de la realidad de cada hospital, requerimientos de recursos tras cambios en la demanda de cada área o especialidad.

5.5.3 Flujo de procesos origen-destino.

El análisis de origen-destino se abordó bajo observación directa de los procesos, haciendo el seguimiento de los pacientes en cada una de sus etapas como consecuencia de una consulta, o un egreso hospitalario. Se analizarán 3 casos genéricos: consultas de especialidad, hospitalización y consultas de urgencia como productos finales, sin embargo, el levantamiento consideró unidades de relevancia en las prestaciones de salud directas y de apoyo, cuyos esquemas se detallan en el Anexo³².

5.5.3.1 Consultas médicas de especialidad.

En la ilustración 17 podemos apreciar el diseño genérico de las consultas médicas de especialidad como consecuencia de los EPH observados.

³² Ver Anexo 14. Procesos hospitalarios bajo enfoque origen-destino de pacientes.

resultados, en conjunto con los análisis cualitativos y cuantitativos, permitieron identificar que la mayoría de los problemas se generaban por la fragmentación y la falta de integración de los procesos internos y un uso no integral en tecnologías de información, ámbitos en los cuales los hospitales no disponían de recursos para invertir en estos sistemas.

5.5.3.2 Atención de hospitalización.

Para el caso de hospitalización se utilizará el análisis origen-destino de medicina, detallado en la ilustración 18.

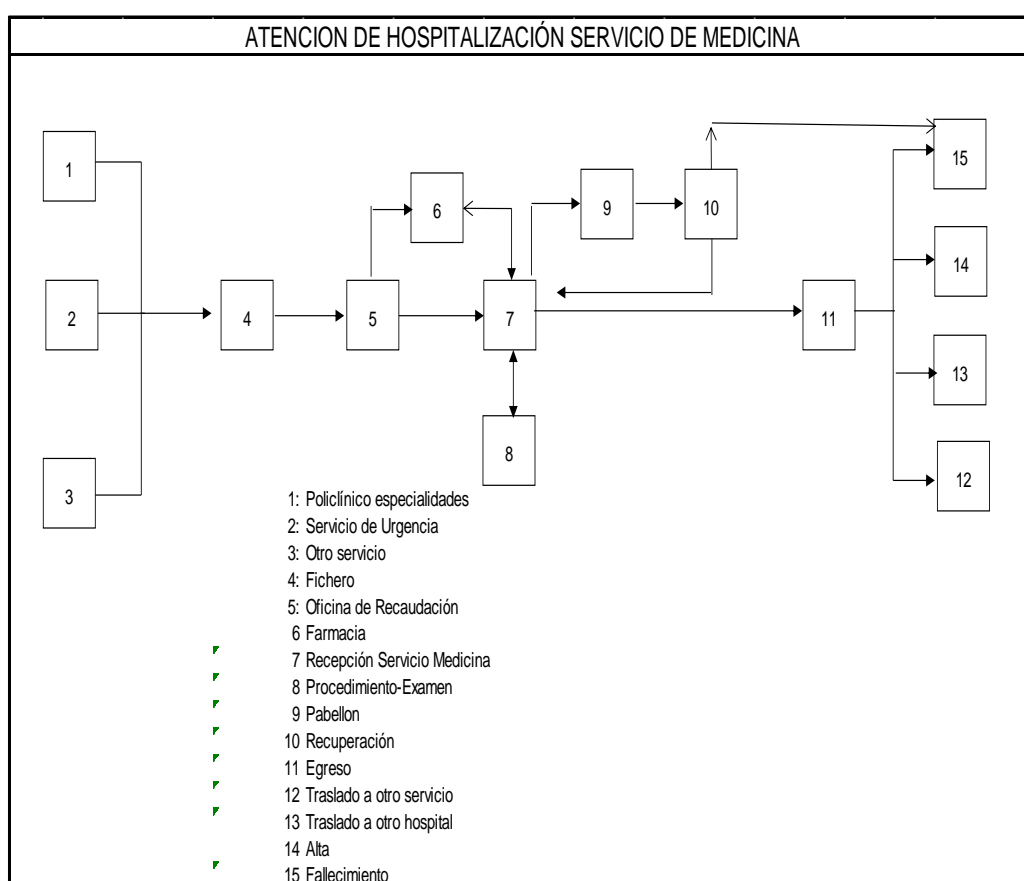


Ilustración 18. Diagrama de relaciones origen-destino Atención de Hospitalización. Fuente: Elaboración basado en EPH, referencia Hospital de Victoria.

En hospitalización existían 3 formas de ingresar: una, por derivación de consultas de especialidad, servicio de urgencia o de otro servicio de forma interna (por ejemplo UTI o UCI). Inicialmente, al igual que en atención de consultas, se requería de un procedimiento administrativo, y firmas de documentos legales en el caso de ser sujeto de copagos. Si

requería de medicamentos estos debían ser coordinados con farmacia mediante la respectiva receta (hay que recordar que el perfil de paciente era adulto, lo que implicaba más de un diagnóstico y tratamiento en su estado de salud, no siendo necesariamente la causa de hospitalización). Farmacia también abordaba una relación directa después con el servicio.

En su proceso de atención, los procedimientos y exámenes podrían ser clínicos, diagnósticos o terapéuticos, por ejemplo, atención kinésica, examen de rayos, laboratorio, endoscopias, diálisis, etc., a lo cual se sumaban intervenciones quirúrgicas si eran requeridas. Los egresos podían tener varios destinos según la resolución del proceso, aumentar la gravedad lo que implicaba aumentar el nivel de atención, generando traslados internos o lo que se denomina atención progresiva del paciente (se va moviendo de tipo de cama desde la común a camas de mayor complejidad y servicios asociados en su atención como lo son las unidades de cuidados intermedios e intensivos y regresa luego de ser estabilizado).

Las dificultades más repetidas, levantadas a través de encuestas realizadas a jefes de unidades, fueron las siguientes: falta de recursos, falta de coordinación entre las unidades y la necesidad del personal de reconocimiento en su labor. Por ejemplo, el servicio de Medicina en hospitalización planteaba quejas sobre el servicio de Farmacia e imagenología, Pabellones solicitaba mayor diligencia a Mantenimiento, mientras que Neurocirugía manifestaba problemas de acceso a Pabellones. Por otro lado, la unidad de Personal manifestaba la necesidad de disponer de un sistema de información que le permitiera programar y manejar todas las variables que necesita. En consultas de especialidad, la unidad de Admisión planteaba dificultades de coordinación para reemplazo de horas médicas cuando el personal se ausenta. De acuerdo al esquema, en los talleres los usuarios se quejaban de Admisión y Farmacia, en el primer caso por no acceder a horas y en el segundo por no disponer de medicamentos para la receta emitida por el médico, quien a su vez desconoce la disponibilidad de medicamento al emitirla en tiempo real.

Otros ejemplos quedan bien reflejados con los siguientes datos cuantitativos: Atención de Hospitalización evidenciaba saturación en el servicio de Medicina en todos los hospitales, con promedio de días de estada que fluctuaba entre 9 y 12 días según el hospital y tasas de ocupación superiores al 90%. En el Hospital Rancagua, este servicio presentaba saturación y más de un 20% de mortalidad en sus egresos al año. En la medida que bajaba el nivel de complejidad del hospital analizado, la tasa de ocupación de áreas

pediátricas también disminuía, no así Medicina, reflejando nuevamente dificultades de integración, ahora por condiciones de infraestructura.

5.5.3.3 Atención consultas de urgencia.

El tercer proceso principal corresponde a consultas de urgencia. En ilustración 19 podemos identificar la relación origen-destino de los pacientes.

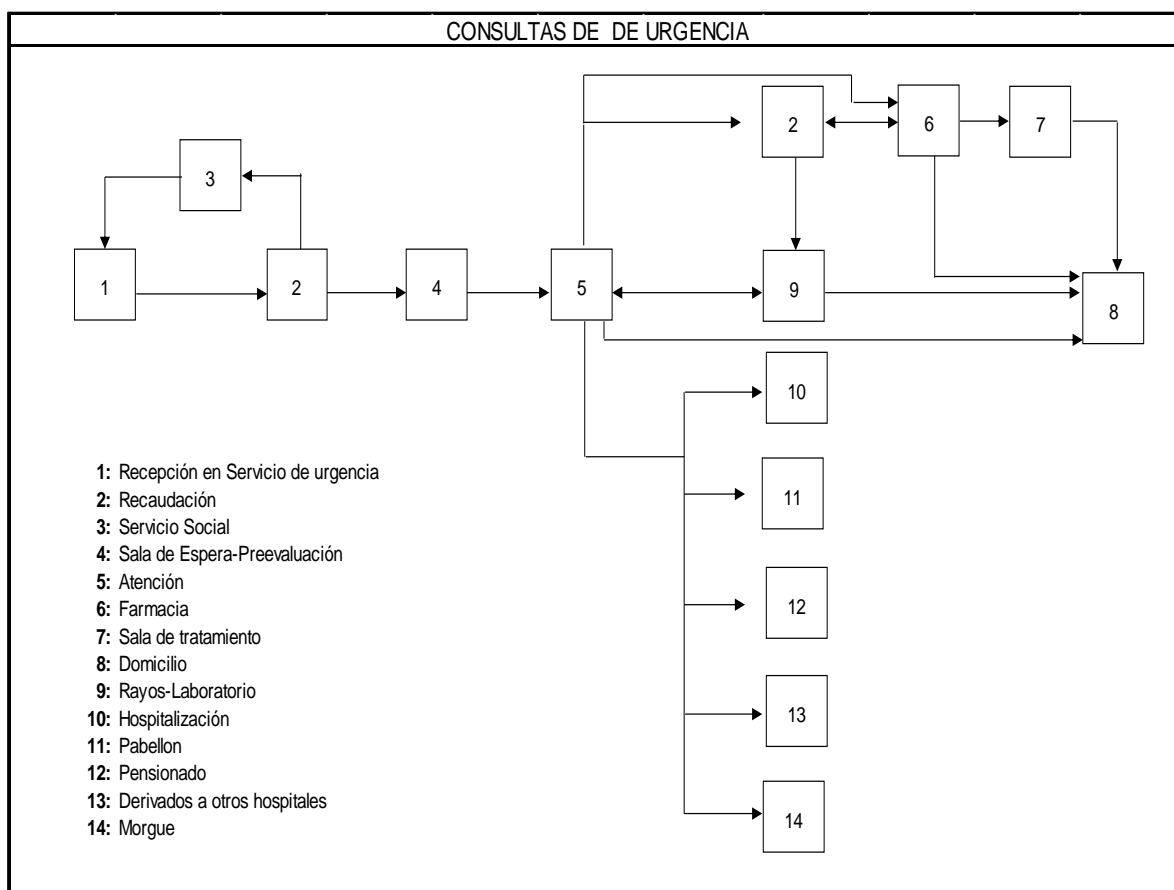


Ilustración 19. Diagrama de relaciones origen-destino Consultas de Urgencia. Fuente: Elaboración propia basada en EPH.

De los procesos, en su diseño, las consultas de urgencia son las que demandaban más servicios de apoyo inesperados, sujeto al tipo de pacientes. No se incorpora en este proceso el manejo de selección de pacientes en situaciones masivas de accidentes cuando la demanda obliga a redefinir las zonas de atención, conocida con la palabra francesa *triage*. Es así como el proceso administrativo es el inicio, generándose una etapa de espera donde se han instalado selectores, (específicamente enfermeras), que priorizan los procesos de atención y que determinan la urgencia clasificándolas desde C1 hasta C5, según

categorías de gravedad descritas en la metodología. El paciente al ser atendido; activa en función del médico múltiples caminos, resolviendo o requiriendo estudios para su resolución diagnóstica. Los servicios de apoyo para diagnosticar o intervenir juegan un rol determinante, no estando algunos de estos a disponibilidad plena del servicio de urgencia, razón por la cual se generan dificultades de movilidad del paciente. El límite de la urgencia está dado por la salida física del recinto o unidad, sin embargo, en términos de tiempo, costo y percepción del paciente, esta barrera física; puede ser discutible, pudiendo estar integrada la consulta de urgencia con la de hospitalización o la derivación a otro nivel de complejidad.

Estos análisis y seguimiento de pacientes, sumados a las encuestas y talleres de usuarios, permitieron concluir que en todos los procesos, la coordinación y por ende, la fragmentación y la ausencia de mecanismos integradores eran los factores que más se repetían y que repercutían en los indicadores. Estos resultados, se complementaron en las evaluaciones de gestión, al agregarse los procesos decisionales de los directivo, en todos los hospitales.

5.6 Sistema de Relaciones Funcionales y Encadenamientos Productivos.

Los análisis abordados en los hospitales y los desafíos de los procesos, obligaron a plantear la necesidad de generar relaciones funcionales y por tanto encadenamientos e identificar si existían formas de abordarlos. En la ilustración 20, se describe el sistema de relaciones funcionales y encadenamiento hospitalario público resultante de los procesos de los EPH.

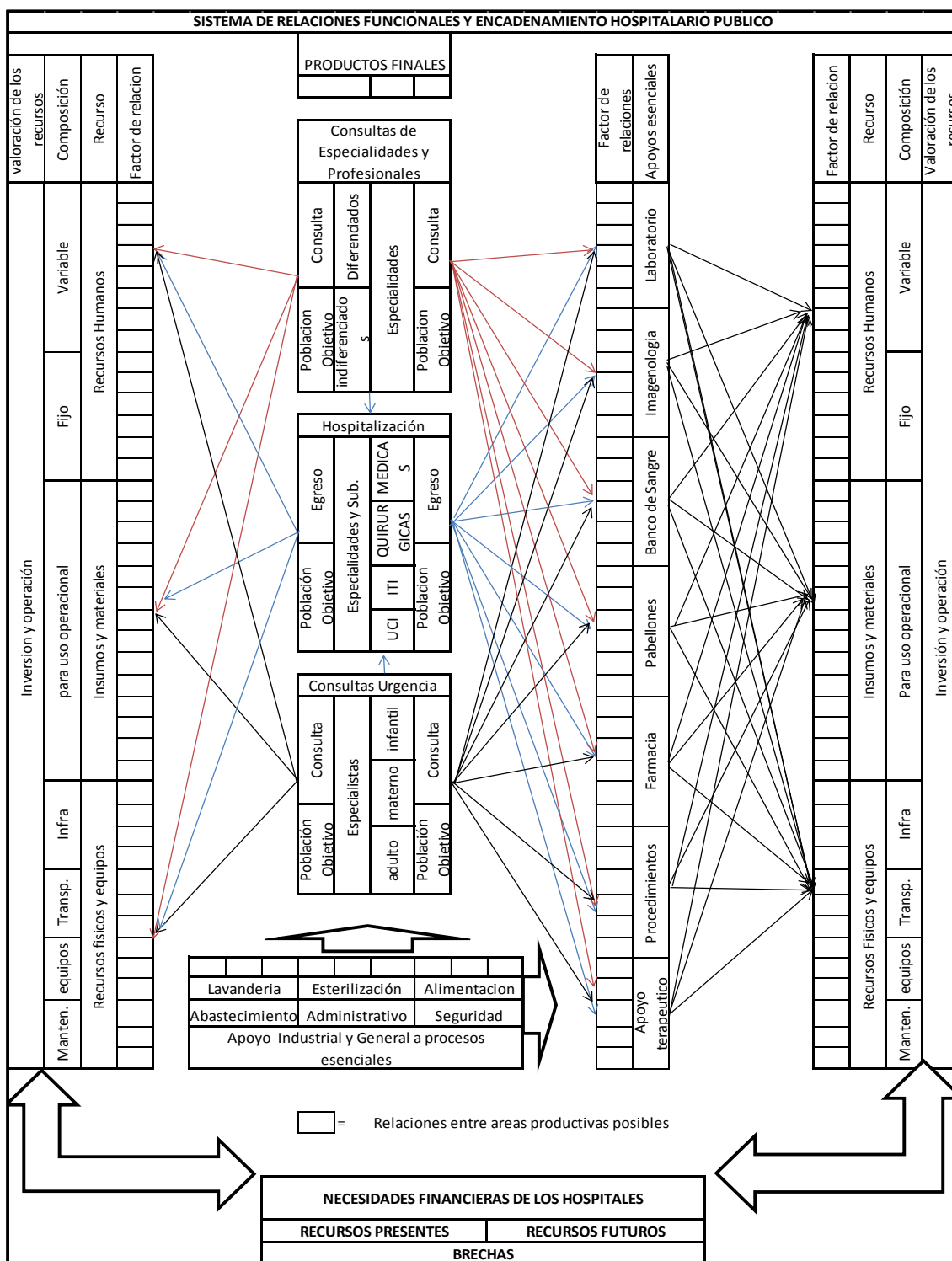


Ilustración 20. Sistema de relaciones funcionales y encadenamiento hospitalario público. Fuente: Elaboración propia basada en EPH. Nota. Flechas Rojas: Flujo de consultas de especialidad; Flechas Azules: flujo de servicios en atención de hospitalización; Flechas Negras: flujo de servicios de atención de urgencia; Flechas Verdes: relaciones entre productos finales.

El esquema ilustra las relaciones funcionales de los establecimientos hospitalarios, los que se inician en los productos finales (columna central) a través de un coeficiente que se denominará “tasa de consumo” bajo la siguiente relación:

Tasa de consumo consultas=: [Consulta/población objetivo], para las consultas de especialidad y las consultas de urgencia y

Tasa consumo hospitalización=[Egreso/población objetivo]

Esta tasa se define y descompone según el área de trabajo en agrupaciones como recintos, grupo objetivo, especialidades o servicios, según el hospital y nivel de profundización. Así, por ejemplo, Pediatría, Oftalmología o Ginecología, en consultas de especialidad dispondrán de su propia tasa de relaciones ligadas a sus grupos objetivos. Similar análisis se puede hacer en hospitalización, que al menos debe abrirse por especialidades, agrupándolas por servicio clínico u organización de hospitalización. Para el caso de urgencia, las tasas se asocian a infantil, maternal y de adultos como mínimo.

La apertura de las tasas dependerá de la relevancia diagnóstica, así como de los costos, recintos y equipos que se requieran. Para ello se requiere definir, según a la realidad de cada hospital, los vínculos entre los productos finales y los servicios de apoyo sean estos clínicos, diagnósticos o terapéuticos. Se construyen de esta forma patrones de relaciones que van generando requerimientos de insumos, personal, infraestructura y financieros, basados en criterios de optimización y análisis de relaciones entre las unidades. A partir de dichos criterios es posible plantear algunas recomendaciones, como las siguientes.

Según los estudios abordados, las partidas de Recursos humanos y Farmacia alcanzaban a más de un 90%, donde farmacia contribuye con un 15% a 20% de dicho porcentaje. Cabe destacar que recursos humanos incrementaba su peso en los gastos en meses de verano producto de la contratación de reemplazos para el personal de vacaciones. Con Farmacia es relevante, de acuerdo a los análisis, abrir el indicador en camas de UTI, UCI y paciente agudo principalmente. Para el caso de Urgencia, la relación con Farmacia es menor a uno como indicador de emisor de recetas, donde en teoría la tendencia es que no se emitan recetas sino que se le suministre lo que requiere el paciente. Luego, la construcción de relaciones es posible valorarla a través de muestreo estratificado según sea el caso.

De igual forma se analizaron todas las áreas que reflejan factores de relaciones, destacando que construidas estas relaciones y dimensionada su demanda según sea el caso, es posible estimar los recursos necesarios para su cobertura. Según el área, los criterios de productos mínimos de seguridad, e insumos mínimos, son aspectos que deben ser definidos para cada servicio de apoyo y área separado de este análisis.

Respecto del recurso humano, la forma de dimensionarlo es bajo dos categorías: variables y fijos. Los primeros son aquellos asociados a los procesos productivos como tal y varían según la demanda; los segundos son aquellos que en el corto y mediano plazo no cambian con la demanda. Sobre los variables se usan indicadores estándar descritos en el proceso de optimización, tales como rendimiento médico asociado a consulta, visita de sala, procedimiento, intervención quirúrgica, personal de enfermería según camas y personal de apoyo (paramédicos, auxiliares) relacionado con enfermería y el recurso cama, generándose el encadenamiento del establecimiento.

El personal fijo se incorpora en los procesos según el modelo organizacional del hospital: jefaturas, profesionales y personal administrativo y de apoyo general, por mencionar sólo algunos.

La Infraestructura se clasifica, al igual que recursos humanos, en al menos 2 categorías: aquellos recintos que fluctúan según la demanda y aquellos otros independientes de ella. Entre los primeros se hallan los recintos de atención de médicos, de preparación y de procedimientos, camas y pabellones. Entre los segundos, las salas de espera, los pasillos y circulaciones, cuyo dimensionamiento se fundamenta más por el flujo de personas, periodos punta y modelo propuesto.

El principal resultado de este encadenamiento, para todos los hospitales analizados y en todas sus áreas, fue que tras abordar los procesos de optimización se generaron brechas de recursos humanos, equipos e insumos, repercutiendo en mayor gasto en un escenario óptimo que como hemos analizado es real y no ideal.

5.7 Resultados del Proceso de Optimización.

Uno de los aspectos relevantes para el desarrollo de los estudios guarda relación con las implicancias del proceso de optimización. Este proceso (tal y cual como se identificó en el capítulo relativo a la metodología), considera la máxima eficiencia en equilibrio de los factores productivos dado un modelo de funcionamiento, describiendo a continuación la forma de proceder en dicho proceso en términos de resultados.

La optimización se inició en Recursos humanos, asumiendo niveles de ausentismo anuales menores al 14% de sus horas contratadas (la observada superaba el 18% en promedio). Se programó productivamente el resto, conjuntamente con los médicos y el personal uno a uno. El parámetro era el rendimiento por hora según estándares ministeriales en cada área. Los resultados generaron en todos los hospitales un incremento

productivo en consultas de especialidad de un 15% a 20% bajo un nivel de ocupación de infraestructura y equipos de 8 horas para consultas de especialidad ambulatoria como exigencia.

En Hospitalización, las exigencias de optimización se centraron en las variables “mejoras en el perfil del paciente”, “promedios de días de estada máxima”, “tasa de ocupación de camas de un 80%” y, nuevas estrategias como por ejemplo intervención quirúrgica ambulatoria. Adaptar al paciente a su nivel de gravedad respecto del tipo de cama usada y liberar camas de pacientes no pertinentes fueron los escenarios optimizados.

Como resultado, para los hospitales de alta y mediana complejidad, las camas se mantuvieron iguales a las existentes al ser optimizados, absorbiendo la mayor demanda proyectada, pero dando las condiciones de equilibrio de recursos. Los hospitales de baja complejidad redujeron sus camas en más del 50% en promedio, donde los casos sociales eran importantes como ya se comentó.

En Consultas de Urgencia, se acordaron metas de eficiencia, principalmente en la composición de gravedad y el manejo de red. Metas que obligaban a gestionar, educar y vincularse con atención primaria y los servicios de urgencia para su dimensión de recursos. Existía claridad en esta área que sólo es posible priorizar o derivar la atención, producto de que siempre la sensación del paciente es que su caso es urgencia.

Posteriormente se evaluaron estrategias de concentración o compra de servicios a privados en lavandería, esterilización, aseo, mantenimiento, y seguridad entre otros, realizando las recomendaciones de sus resultados, bajo un análisis de valor actual de costos (VAC) y factores no cuantificables como restricciones de oferta de la ciudad.

Con la máxima eficiencia y exigencia a los hospitales, se generaron brechas de más necesidades de recursos humanos, físicos y operacionales, repercutiendo en los financieros superando el doble de su presupuesto anual histórico. La expansión de recursos era el requerimiento final de todos los hospitales para satisfacer la demanda proyectada, tal como se observa en los resultados.

Obtenidos estos hallazgos y su sistematización, siguiendo el esquema metodológico definido se abordará a continuación la discusión y posteriormente se generarán las conclusiones finales que permitirá contrarrestar los resultados con las hipótesis y las preguntas de la tesis identificando a su vez en esta última sección las limitaciones y futuras investigaciones que nacen de este trabajo.

Capítulo VI. Discusión

Sistematizando los resultados basados en el diseño metodológico general y específico así como en el modelo de eficiencia descrito y propuesto bajo el enfoque de optimización de factores en los hospitales públicos, se centrará ahora la discusión tomando en cuenta los aspectos teóricos, la realidad en el contexto internacional y los resultados obtenidos. Estos se basaran en tres conceptos relevante. El primero de ellos ligado al concepto de calidad actualmente dimensionado en sus diferentes modelos; el segundo respecto de la eficiencia hospitalaria y los modelos analizados y las implicancias en los indicadores y su interpretación al relacionarlos con las variables y factores que afectan la eficiencia de los hospitales públicos, finalizando con la relevancia de un sistema integrado de relaciones.

Respecto de la calidad, los modelos de calidad y la forma de medirla hemos identificado que dependen de la institución que los construye, del sujeto de análisis (directivos, funcionarios, paciente), y de la relación de indicadores desagregados en eficiencia, e Eficacia y efectividad. A ellos queremos agregar otras variables que hemos considerado relevantes observadas en los estudios, como son el nivel de complejidad de los establecimientos y la movilidad en este constructo por parte del paciente. En los estudios el concepto de calidad toma dos grandes dimensiones básicas. La primera que es relevante para los profesionales de la salud y directivos que hemos definido como “calidad técnica”³⁴, asociada a los énfasis que plantean las definiciones del Instituto de medicina de los estados unidos o el componente de los profesionales planteados por Attree (2001) o al componente de procesos definido por Donabedian (1980), juega un papel determinante a la hora de prestar los servicios de salud basados en los objetivos de cada área. Por ejemplo, en Urgencias obviamente la efectividad del proceso y por ende “salvar una vida” es determinante, siendo este el patrón de comportamiento de los actores al igual que en una UTI o UCI. El proceso de aprendizaje basado en “la frecuencia de casos vistos” (Hernández, 2012) ha permitido a los funcionarios estandarizar casos, generar procedimientos dadas las sintomatologías y por ende ser más eficientes y efectivos en el

³⁴ Calidad técnica: como la interrelación entre el conocimiento y aprendizaje del equipo de salud (médicos, enfermeras y personal de apoyo) el manejo resolutivo de sus condiciones físicas, de equipamiento, tecnología disponible e insumos, y su relación con los resultados en la prestación de salud a un paciente según las áreas de trabajo, en este ámbito la coordinación y la integralidad técnica del servicio juega un papel fundamental y más aún la red de prestaciones si el paciente es derivado.

momento de diagnosticar y resolver. Los estudios de Chalamon (Chalamon et al., 2013) aplicando el modelo Floch (1988) al sector salud, que tipifican al paciente respecto del mayor o menor grado de decisión o participación de estos de acuerdo a su perfil en los procesos de atención, sin embargo si el resultado técnicamente no es correcto, nos parece que esta percepción o grado de participación del paciente pasan a un segundo plano. En este contexto este nivel de calidad técnica debe ser medido con indicadores de resultados, siendo relevante la eficacia y efectividad respecto de la eficiencia.

Un segundo componente de la calidad que hemos denominado “calidad aparente”³⁵, que siendo un componente importante bajo la perspectiva de los usuarios, a la luz de los tipo de establecimiento en análisis (alta, mediana y baja complejidad), no supera la relevancia de la calidad técnica y su efectividad. En este grupo de atributos, que los modelos han separado en múltiples indicadores (Simou et al., 2014), se observó un comportamiento en el usuario que hemos denominado “movilidad de la calidad en el usuario”, componente que permite comprender la “sensación de no avanzar desde la perspectiva de su satisfacción”. La movilidad es un patrón que implica que la escala de prioridades para un usuario respecto de “¿qué es calidad?”, se adapte consciente o inconscientemente dentro de estos atributos aparentes y se mueve de atributo en atributo, en la medida que son resueltas sus prioridades. Es así como por ejemplo, si se resuelve la rapidez en la atención, el usuario se mueve posteriormente al parámetro de relaciones con funcionarios, y si se avanza en este parámetro se continúa con disponibilidad de medicamentos, acceso a los familiares, claridad de la receta emitida, servicios post-atención, etc.

En este contexto las necesidades evolucionarán según la modernidad del establecimiento. Cuando Maslow planteó su escala de necesidades (Maslow, 1943) sirvió como referencia para que luego Herzberg (Herzberg, 1968) ajustara a factores higiénicos y factores motivacionales en el mundo laboral. Nos parece que no dista de estos factores de la calidad aparente en salud, donde podemos decir que si no están presentes generarán insatisfacción de los usuarios, pero si están no necesariamente estarán satisfechos, por esta cualidad de movilidad dentro de los atributos de esta segunda categoría. Junto a lo anterior la innovación ligada a la vinculación de hospitales con sus proveedores toma vital

³⁵ Se ha definido como calidad aparente a todos los elementos complementarios que pueden influir en la percepción del usuario respecto de una buena atención, en esta categoría se incorporan atributos como, información y educación al paciente, atención cordial de los funcionarios, atención oportuna y accesible rápidamente, servicios de atención complementarios como visitas de familiares e incluso servicios a la habitación, en el caso de hospitalización.

relevancia para que los flujos de conocimiento internos y externos generen un efecto positivo en la decisión de cooperar en I + D (Mora, E. 2013)

Estas dos perspectivas son parte del concepto y la movilidad de atributos por parte de los usuarios también la cual nace de la escala de necesidades. Por ello las mediciones dependerán de su definición operacional y éstas estarán en función del contexto donde se realicen.

Al analizar estas dos clasificaciones e instalarlas en la red de atención, observamos que la calidad técnica para el paciente toma más relevancia mientras más especializado es el hospital respecto de su complejidad y menos relevancia tiene (manteniendo su importancia para los funcionarios), en la medida que el nivel de complejidad se reduce, surgiendo la calidad aparente como más presente en el paciente, tal vez porque el riesgo vital no es preocupación principal en los niveles de baja complejidad.

Respecto de la eficiencia, nuestro segundo concepto a analizar, revisados los modelos, nos parece que estos no guardan relación necesariamente con el uso de todos los recursos como ejes de medición tal como lo planteaba Jaramillo (Jaramillo, 1998), con su definición respecto de “maximizar el resultado dado los recursos disponibles”, en los análisis y revisiones estos recursos se concentran principalmente en medir los ámbitos financieros-productivos no incorporando por ejemplo la relación de los recursos disponibles y los procesos como niveles demandantes. Por ejemplo en los casos estudiados al aplicar la reforma GES, se evidenció en los datos internos durante el proceso de los estudios que cambiada la prioridad directiva para atender ciertas patologías, el sistema se redefine sustituyendo más que incrementando su producción, presionado esto por las restricciones financieras, de recursos humanos e insumos y tecnología disponible. Si pudiéramos ejemplificarlo ilustrativamente, es como si se apretara un globo hacia la prioridad dejando de hacer cosas por cumplir las metas contingenciales, más que generar espacios de análisis para un crecimiento sistémico e integral.

Si recordamos el modelo de optimización propuesto y analizamos la sistematización abordada por Morera de indicadores de desempeño, Groene en sus dos análisis, Carreño al comparar la calidad en salud en hospitales universitarios públicos versus privados, (Carreño, 2013) o la propuesta de un marco nacional de indicadores de calidad para hospitales públicos en Grecia (Simou et al., 2014) o las mediciones a través de modelo DEA, etc., en todos reflejan omisiones en función de los fines que persigue el modelo o estudio como fundamento filosófico como ejes de orientación (Groene, Skau, et al., 2008). Variables acotadas sin considerar todos los recursos que influyen en los procesos de

atención íntegramente generan omisiones que afectan la interpretación de los indicadores. La conceptualización y análisis ha adolecido de una serie de omisiones producto natural de la focalización de los procesos de investigación y que ya se han detectado en revisiones de publicaciones (Antunes & Moreira, 2013). Primero asociado a las limitaciones de resultado y su aplicabilidad a otros establecimientos, compartiendo esta perspectiva. Si hay elementos que tienen en común es la omisión de la integralidad de sus conclusiones.

Nos parece que estos errores se concentran en dos aspectos, el primero, los indicadores utilizados y su interpretación de eficiencia hospitalaria o ineficiencia y el segundo la omisión de recursos al evaluar eficiencia integral. En términos de indicadores y dado los avances que ha tenido el mundo en materia de salud en los últimos 30 años ¿podemos decir que los hospitales son ineficientes si los resultados y avances en salud están claros a nivel global? Si los hospitales concentran gran parte de los gastos de los sistemas sanitarios, ¿no son ellos parte de este avance global?

Las variables que intervienen en los procesos nos permiten apoyar este planteamiento de indicadores y de integralidad toda vez que por ejemplo:

- El seguimiento de pacientes, evidenció la variedad de productos finales de los hospitales. La variedad de salidas, reingresos, movilidad dentro de los mismos niveles en el caso de camas, generan como consecuencia condiciones de tiempo, costo y calidad diferentes y por tanto si no se construyen estas relaciones integradamente, será difícil determinar, si lo que estamos midiendo es realmente eficiencia al momento de ver sus detalles.

Errores de interpretación de indicadores por no conocer las variables que conforman los procesos reflejados en productos finales se pueden dar cotidianamente al cambiar su composición interna o las diversas salidas de los procesos cambian, por ejemplo:

- a. Las regiones o zonas al disponer de una mayor ruralidad, sumado a ello precariedades socioeconómicas y condiciones habitacionales, (aplicado en los estudios a hospitales de baja complejidad), mayores eran los promedios de días de estada por consiguiente podría interpretarse como ¿Ineficiencia?. Al indagar, la decisión, los médicos fundamentaban una mayor estadía basada en la experiencia médica, de que era mejor mantener al paciente hospitalizado hasta su recuperación completa más que un alta temprana que pudiera generar una recaída en la salud por

las condiciones de vulnerabilidad del paciente y por consiguiente un reingreso del mismo.

- b. Si destináramos más recursos para mejorar el área de Medicina (donde se concentra la mayor cantidad de adultos mayores y, en consecuencia, pacientes más complejos), probablemente si dicho recursos se destinaran a aumentar la dotación de personal, mejorando así la calidad de atención, puesto que todos los análisis indican que son insuficientes) tal vez nuestros indicadores de egresos no cambiarían ¿Podríamos concluir entonces que resultarían ineficientes cuando actualmente ya muestran? Si agregamos la tendencia seguida por los medicamentos y esta área incrementa su gasto ¿ha aumentado su ineficiencia? ¿Si aumenta la deuda al no ajustarse el presupuesto a las nuevas tendencias ¿podríamos indicar que son ineficientes? o simplemente significaría que los hospitales se estarían adaptando a los cambios emergentes de todo orden?
- c. Si aumentáramos las horas de especialistas y el número de las consultas subieran, pero la relación control /consulta se deteriorarse (incrementándose, por ejemplo de 80% a 90%, y además la pertinencia cae desde los niveles de menos a mayor complejidad ¿diríamos que los hospitales son más eficientes porque aumentaron sus consultas?
- d. Los indicadores del Hospital San José, (tasas altísimas de pertinencia en urgencia, mucho paciente grave en hospitalización, con tasas de ocupación próximas el 97%), podrían hacernos pensar que es el hospital más eficiente de Chile. Pero ¿es eficiente cuando se analiza su red asistencial? Ahí nos damos cuenta que desde un hospital pequeño de 8 camas se salta al San José, sin intermediarios y con una población equivalente a la Región de Araucanía.
- e. Probablemente este hospital ha contribuido a la eficiencia de las prestaciones al sumarlas en el país y a mejorar los indicadores, pero requiere dos establecimientos al menos de mediana complejidad para contener la demanda real que tiene.

Bajo el supuesto que los funcionarios públicos hacen su trabajo, -que es nuestro planteamiento observado en años de presencia en los hospitales y dejamos a su profesionalismo la calidad técnica, medida con indicadores de resultados como los avances a nivel mundial-, la medición de la eficiencia requiere entonces concentrarse en los factores determinantes y en su optimización. Esta conceptualización de eficiencia debe

estar condicionada tal como lo plantea la metodología de evaluación comparativa (Eiff, 2012) a exigencias o variables meta. (En el caso de los hospitales, serían tiempo, coste y calidad); requisitos que no pueden ser fragmentados sino que deben integrarse en su exigencia para la gestión hospitalaria. Se debe equilibrar los recursos para posteriormente mejorar uno, dos o las tres exigencias sin afectar negativamente a otra. Los factores y las exigencias deben estar situados en el contexto del entorno territorial, político y social donde interactúan los hospitales, para hacer su rol de salud pública.

A la hora de realizar esta optimización (que implica un alto nivel de exigencia a los hospitales), los estudios correspondientes han identificado que junto con las variables de los procesos hay tres factores sistémicos que fluyen en los establecimientos hospitalarios y que generan los síntomas, definidos como problemas que es nuestro tercer tema de discusión y que veremos seguidamente.

Al cruzar la información cuantitativa y cualitativa pudimos reconocer que la mayoría de los problemas eran efectos, consecuencia de tres factores sistémicos complementando lo ya expuesto y que estaban presentes en toda dificultad siendo las causas sistémicas de la ineficiencia aparente, como se describen en la ilustración 21.

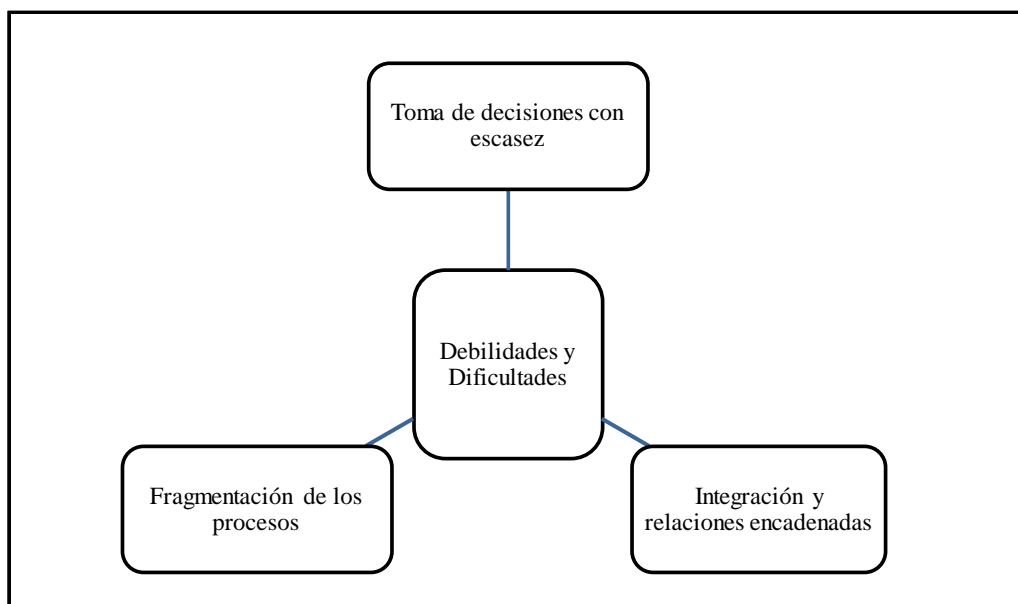


Ilustración 21. Factores sistémicos que influyen en la eficiencia hospitalaria. Fuente: Elaboración propia.

En los estudios empíricos realizados, al aplicar un modelo de eficiencia que denominamos optimización integrada de recursos, evidenciaron necesidades y una

expansión de estas al conectar los procesos y las implicancias en recursos. Es decir dada la demanda (calculada bajo evidencia y no bajo parámetros de atención ideal) y optimizado (en su mayor eficiencia técnica) el trabajo del recurso humano y las condiciones de recursos físicos y operacionales, generaron como resultado una expansión de necesidades de recursos en la mayoría de estos, con impacto en el gasto anual del hospital en más del doble del presupuesto histórico. Las mayores brechas se dieron en recursos humanos y gasto operacional.

Estos resultados plantean la inquietud de si los hospitales son ineficientes o simplemente administran recursos que se hacen insuficientes y que por causa de la fragmentación y falta de integración no es posible evidenciar sus reales necesidades.

La escasez hace que los directivos prioricen, siendo este el primer factor sistémico que influye en la eficiencia, “la toma de decisiones con escasez” donde su principal labor es jerarquizar necesidades y asignar recursos pero omitiendo en muchos casos carencias claras.

Por ejemplo, no darle mantenimiento a la infraestructura y equipos, o administrar la falta de medicamentos a través de deuda con proveedores; en ambos casos sin evidenciar su verdadera necesidad en los procesos y gestionando sólo lo que sea posible financiar. Estos aspectos que quedaban claros en los análisis de las estructuras financieras, que frecuentemente se manifestaban con un gasto nulo en el cuidado de infraestructura y mantenimiento, así como con un gasto acotado en medicamentos (15% a 20%) el cual era presionado estructuralmente a la baja por el gasto en el ítem de recursos humanos. Los directivos prefieren aumentar el número de horas extras del personal en vez de incorporar personal nuevo, por no tener claras las relaciones incorporadas a los procesos estudiados y carecer de información histórica integrada sobre la producción, los recursos y la demanda que faciliten sus demandas.

Las asignaciones parciales de decisiones directivas influyen en los procesos y activan el segundo factor que influye en la eficiencia que es “la fragmentación de los procesos”, no pudiendo dimensionar las verdaderas necesidades al no estar conectados los procesos en forma integral en sus diferentes salidas.

Las referidas decisiones, enmarcadas dentro de un diseño organizacional por productos, no fortalecen la integración de los procesos, es así que los problemas que se presentan entre urgencia, pabellones, servicios de apoyo y hospitalización, sea una dificultad repetida en los hospitales de alta complejidad teniendo organizacionalmente dependencia jerárquica diferentes aunque sean parte de un proceso. Estas divisiones

organizacionales sin considerar la variedad de los procesos son una causa relevante al momento de evidenciar la fragmentación ya que su diseño hace que la responsabilidad a su vez se fragmente por lo cual una unidad aun siendo efectivo en su trabajo, pierde la conexión de los sub-procesos posteriores. Este factor es consistente con el diagnóstico de red evidenciados por la OMS respecto de la fragmentación de los niveles de atención, observándose similar situación al interior de los hospitales.

El análisis de este segundo factor implicó abordar la pregunta que nos llevó al tercer factor (¿existen mecanismos de integración?) Los estudios que realizamos reflejaban que las reuniones de coordinación constituían la principal acción de integración. Los sistemas de información, que son una herramienta utilizada normalmente para integrar los procesos evidencian preferentemente avances funcionales no facilitando la integración de los procesos y principalmente orientados a finanzas, producción de servicios y abastecimiento sin observar desarrollos integrados entre las unidades en los procesos de atención. En el desarrollo de la tecnología también se observó desarrollo según necesidades de diferentes niveles (Ministerio-Servicio-Hospital-Unidad dentro de ella), sin reflejar una perspectiva integrada y de procesos duplicando esfuerzos.

La no integración se evidenciaba a su vez a través de otra cualidad de las organizaciones hospitalarias, cual es la separación de funciones clínica-administración a la hora de realizar la gestión. Si bien esto fortalece la especialización, nos parece que limita la perspectiva de integración de procesos evidenciándose diferencias cotidianas entre los gestores y los clínicos. Las encuestas a las unidades mostraron ciertos problemas con las otras unidades con las que se relacionaban, lo que representaba otra evidencia de la fragmentación observando además que no existían mecanismos adecuados de integración que facilitaran la ejecución de sus procesos.

Al desarrollar el sistema de integración y conectar el funcionamiento de los hospitales en sus diferentes procesos partiendo por la demanda y llegando a los recursos, todo esto enmarcado en un modelo de funcionamiento permitió corregir estos factores sistémicos y reflejar el comportamiento definido como óptimo de los establecimientos en condiciones de equilibrio de recursos.

Este encadenamiento y su dimensión es relevantes si se analiza un problema frecuente como listas de espera, en el cual se asume frecuentemente la falta de especialistas. En este problema una posible solución sería sumar horas para contratarlos (previa verificación para ver si las horas médicas disponibles se encuentra programadas óptimamente y ocupadas), sin dimensionar adecuadamente el efecto encadenado de

recursos que activan los médicos al generar una consulta, un paciente hospitalizado o intervenciones quirúrgicas. Estas soluciones son parciales y obligan a los directivos a priorizar y dejar en segundo plano otras necesidades para enfrentar los efectos encadenados de la primera acción. Esto implica que si mejorar la eficiencia de las horas medicas ya contratadas incluso, generaran necesariamente un encadenamiento de más acciones y por ende necesidades de recursos lo que se convierte en un círculo vicioso, bajo una pregunta lógica ¿para qué más eficiencia si no dispondré de los recursos para los efectos de esta mejor gestión? Similar análisis es aplicable a la infraestructura respecto de incrementar su uso dando como consecuencia un encadenamiento de necesidades.

El manejo productivo, de recursos humanos, de infraestructura y equipos, financieros y las variables que afectan los procesos, debieran; ser parámetros obligados en la toma de las decisiones que cotidianamente se abordan. La ventaja de conocer sus relaciones es poner en el camino de las decisiones su valoración y complejidad, para dimensionar adecuadamente sus flujos y comprender correctamente los efectos en los recursos que generan tales decisiones. Si agregamos a su vez los factores que afectan los procesos, podremos valorar si los flujos nos permiten reducir la demanda que está en espera.

Bajo esta mirada y considerando la existencia del sistema de relaciones hospitalarias, podríamos estimar que con las condiciones actuales, los hospitales siempre estarán reflejando déficit y que si consideramos las tendencias actuales observadas en el comportamiento de los costes en buena parte del mundo, así como la tendencia hacia en el envejecimiento poblacional, podría concluirse (considerando, indicadores macro), que un incremento del gasto no implicará cambios en los indicadores ya que el objetivo sería abordar mejor la complejidad de las enfermedades según perfil de paciente.

Las debilidades, el mapa integrado de procesos, las variables y factores que intervienen en ellos directa o sistémicamente y la construcción de estas relaciones funcionales, parecen aspectos determinantes para debatir adecuadamente las cuestiones relativas a la financiación de la sanidad, quien debe ser el proveedor de los servicios sanitarios y cómo debe entenderse la colaboración entre agentes públicos y privados. Resulta claro que el público debe aprender de las experiencias privadas reflejadas en particular en determinados servicios de apoyo. La experiencia de gestión en Alemania usando *benchmarking*, donde la estandarización personalizada de un automóvil Mercedes Unimog sirve como modelo para la organización logística en el servicio de cirugía del Hospital Kerckhoff, o los aportes que el estudio de la estación de flujos de trabajo de la

Ferrari en su equipo de Fórmula Uno, representó para el diseño de los flujos de trabajo en el equipo de cirugía de cuidados intensivos en el Great Ormond Street Hospital en Londres son algunos de estos aprendizajes (Eiff, 2012). Sin embargo los resultados nos sitúan en características del servicio en el sector público de salud, que no necesariamente se dan en el mundo privado y que las hemos resumido en las siguientes realidades:

- Por más que la oferta se aproxima a la demanda real, aun el sector nos sorprende con más demanda cada vez que instalamos nueva oferta o mejoramos la existente. En este escenario, el dimensionamiento de la oferta es un proceso de aproximación, tal como se ejemplifica en las reformas de Estados Unidos y su incremento de demanda de camas al instalarse la reforma. Los resultados de la reforma GES, donde antes de ser instaladas las prestaciones en su cantidad difieren significativamente de las actuales capturadas por la reforma siendo muy superiores.
- Para comparar la conveniencia Público-Privada se requiere igualar las condiciones y parámetros de eficiencia. En el caso de los hospitales públicos generar escenarios óptimos, que son las exigencias que se les plantearía a los agentes privados y sobre el cual se les retribuirá. Esta condición de carencia de recursos hace ver en desventaja la labor pública transformándose en un mito de ineficiencia, mientras que recursos, fragmentación y factores integradores en sus relaciones son sus verdaderas dificultades.

Capítulo VII. Conclusiones

La presente tesis doctoral consideró como foco de investigación la Eficiencia Hospitalaria Pública basada en los casos seleccionados de estudio. Al respecto se iniciarán las conclusiones describiendo y evidenciando el cumplimiento de los objetivos definidos en el Capítulo I. Junto a ello y dado el marco teórico y la revisión bibliográfica, se identificarán los avances en el conocimiento disponible y cómo estos influyen en el contexto actual de la salud a nivel mundial. Tomando este límite, se describirán las principales aportaciones sistematizándolas en modelos metodológicos, formas de análisis, variables y factores sistémicos evidenciados y su influencia en la interpretación de indicadores de resultados que utilizan organismos a nivel de nacional e internacional.

Marco Teórico

En el marco teórico descrito en el Capítulo II, los conceptos presentes en las investigaciones y en el sector salud se asocian directamente a *calidad, eficiencia, eficacia y efectividad*. La discusión de modelos varía según la interpretación de quien la mide y los fines que persiguen fines. Es así como en calidad, los precursores del mundo privado como Juran (1951), Deming (1989), entre otros, han sido los principales referentes utilizados. Donabedian (1980) por su parte, es considerado como el referente del sector. Los ámbitos y aportaciones se han centrado en la selección del foco de análisis, su medición y como ésta se inserta en los conceptos de eficiencia eficacia y efectividad.

Los estudios de Pickering y Thomson (2010), centran su análisis en el Administrador, el paciente y los profesionales que le prestan el servicio (que podríamos denominar el servicio o producto) y concluyen que estos actores no necesariamente actúan en base a una misma prioridad e interpretación, donde la gestión mira prioritariamente los recursos, los usuarios la calidad técnica y los pacientes evalúan bajo diferentes perspectivas.

Floch (1988) y los estudios abordados por Chalamon et al. (2013), analizan al usuario o paciente como principal interprete de la calidad identificando diferentes perfiles y por ende diferentes comportamientos de éste en la relación paciente-servicio de salud. Evidenciando que si bien la tendencia de los procesos es hacia la participación en el proceso de atención del paciente y sus derechos, no todos están en condiciones o

dispuestos a ello, lo que implica que la interpretación de calidad se complejiza si la estandarización considera un solo tipo de paciente.

Por otro lado, las señales que resultan de definiciones como las del *Instituto de Medicina de los Estados Unidos* (2012), que define calidad como “ausencia de errores clínicos sea por comisión o por omisión...” (p.) centra este concepto en la atención, el servicio entregado y sus resultados.

La interpretación de la calidad en salud, su interpretación operativa y posterior medición, varía según el modelo utilizado y su relación con indicadores. Es este contexto los estudios de Morera (2013) de 23 agencias que miden el desempeño hospitalario y los 383 indicadores reflejan una concentración de un 53% de estos en la seguridad del paciente un 29% en la eficiencia y un 10% en la puntualidad y atención centrada en el paciente. Queda claro en sus estudios que existe heterogeneidad en la definición y dimensión para su medición que utilizan países e instituciones como UK, Canadá, Australia, USA, WHO-PATH, OECD. (Simou et al., 2014) por su parte en sus investigaciones sobre modelos a nivel mundial (MBQA, EFQM, PATH, ACREDITACIÓN, entre otros), identificó 20 proyectos con 1.698 indicadores. Otros modelos adaptados como el de *Análisis Envolverte de Datos* (DEA), (Charnes, Cooper & Rhodes, 1997) ha sido aplicado inicialmente en Estados Unidos e Inglaterra. Posteriormente en el sector hospitalario se ha utilizado para medir eficiencia de hospitales en Finlandia, Italia, Cuba y en países de América Latina tales como Argentina, Colombia, México, Brasil y Costa Rica (Navarro et al., 2011). España ha liderado procesos de implementación de sistemas de acreditación y generación de indicadores para la valoración de servicios de salud (Villalbí et al., 2010) reflejando dificultades en medición de cobertura, calidad e impacto. Aplicaciones de *benchmarking* se han aplicado también con el fin de mejorar la eficiencia de los recursos orientados a mejorar calidad, beneficio del paciente y reducción de costos evitables (Eiff, 2012). Las investigaciones identifican los siguientes aspectos:

- No hay aún un modelo único a nivel global, existiendo variedad en su definición operacional, escasos recursos en la implementación de estos. (Simou et al., 2014).
- Los modelos se diferencian en los planteamientos básicos derivados de las diferentes perspectivas internacionales, nacionales u organizacionales y tal como plantea (Groene, Skau et al., 2008) su componente filosófico es lo que los distingue.

- El levantamiento y calidad de la información son de vital importancia para los posteriores análisis (Navarro et al., 2011).
- La calidad de la información y el diseño de indicadores son las etapas que más preocupan a los investigadores, donde los sistemas de información no necesariamente se encuentran alineados a cada nivel de toma de decisiones siendo relevante para comparar entre hospitales y sistemas (Groene, Klazinga et al., 2008)
- La participación de los médicos en su implementación de medidas de gestión es determinante, donde estos tienen más poder en las organizaciones de salud que el resto de los empleados (Abdallah, 2014), siendo factores de éxito o fracaso en su implementación.
- Dado estos se identifica que los ejes sobre los cuales se construye la calidad consideran eficiencia, eficacia y efectividad, donde el primero se asocia al manejo de recursos, el segundo a resultados y el tercero a la sustentabilidad en el tiempo de dichos resultados.
- En estos conceptos se han construido indicadores con líneas poco claras respecto de sus límites entre ellos pudiendo un indicador ser parte de uno o más de ellos según su enfoque e interpretación.

Revisión Bibliográfica Sistemas de Salud

Los sistemas de salud consideran recursos, actores e instituciones relacionadas con el financiamiento, regulación y provisión de acciones de salud (Murray & Frenk, 2000). Bajo esta definición las instituciones internacionales y los países del orbe han abordado reformas permanentes de sus sistemas durante los últimos 20 años. Sus modelos mueven desde un enfoque Semashko-Principal actor el Gobierno- a Modelos liberales-principal actor el ciudadano- (Artundo, 2005). Las aportaciones de Beveridge -Modelos financiado a través de impuestos con control gubernamental con libertad de acceso a todos- y Bismarck -Financiado por cuotas obligatorias de empresarios, trabajadores y apoyados por el gobierno, basados en un fondo en entidades no gubernamentales que contratan hospitales médicos de familia, etc., son las orientaciones que han tomado prácticamente todos los países en Europa, Asia, África y América.

La discusión a nivel estrategias en los países es variada donde durante los últimos 20 años se ha evidenciado los siguientes avances:

- La universalidad y el acceso equitativo como derechos ha orientado las reformas de los sistemas en las últimas tres décadas (OMS, 2005).
- Todos los indicadores de salud han mejorado como se describirá más adelante, con un gasto creciente y un incremento del rol privado en los sistemas de salud.(WHO, 2014)
- Se evidencia a nivel internacional la relación entre el desarrollo económico y la salud, enfatizando su relevancia por sobre la educación (Sachs y Jeffrey D, 2002).
- La crisis Económica en Europa ha generado una reducción del gasto en salud de los diferentes países, sin embargo, los gastos en medicamentos mantienen su creciente evolución estructural (Portela & Thomas, 2013).
- Las inquietudes relativas a costos y gastos en salud son un tema vigente en todos los países proyectándose al año 2050 un incremento del gasto sanitario entre 3,5 y 6,1 puntos del PIB (Cabo, 2014; OCDE, 2006).
- Las estrategias más o menos liberales y la relación Público-Privado, se mantienen con adeptos y detractores, siendo un debate presente en las reformas de China y Estados Unidos así como en países de Europa-España-Inglaterra- y América latina -Colombia, México y Chile- a los cuales se suman Canadá, uno de los sistemas más equitativos pero que refleja periódicamente una presión hacia un modelo más liberal. Al respecto no hay evidencia clara para validar o refutar su efectividad como estrategia.
- A nivel de instituciones, el financiamiento de los sistemas y los hospitales son la principal preocupación de los países respecto de su forma de financiamiento su eficiencia y su rol dentro de los sistemas que se encuentran fragmentados en sus diferentes niveles. Los casos de China y Estados Unidos son reformas que insertan paradójicamente estrategias opuestas a sus modelos tradicionales, el primero con avances significativos hacia sistemas privados de salud y el segundo fortaleciendo el rol del estado.
- Bajo la preocupación de costos de los sistemas, el copago ha ido creciendo como estrategia indistintamente del modelo de financiamiento.
- Es claro a nivel internacional la relevancia y rol en los sistemas de la Industria Farmacéutica, las organizaciones médicas y prestadoras de servicios y los actores políticos en el nivel de cambios hacia mejoras de los sistemas de salud.

- En América Latina, la discusión del rol privado en los sistemas de salud está presente en México, Colombia y Chile, países que iniciaron un proceso de liberalización de sus sistemas en la década de los '80 por recomendaciones planteadas del FMI y BM. Los casos de Cuba, Chile y Costa Rica son catalogados exitosos en la implementación de estrategia RISS.
- En Chile, el cuestionamiento a las ISAPRES se contrapone con las estrategias de incremento del rol privado en las concesiones de servicios públicos que ha abordado el país. por su permanentes utilidades reflejadas en los últimos 14 años (Bachelet & Otros., 2014; Bitrán & Villena, 2010; Zúñiga Alejandra, 2014).

Síntesis Estadísticas Mundiales

Los indicadores de salud a nivel mundial han reflejado mejoría prácticamente en todos ellos, es así como:

- La población mundial supera los 7.000 millones de habitantes en sus diferentes continentes con una tasa anual del 1,2% de crecimiento. La edad media mundial es de 30 años donde el 11% de la población es mayor de 60 años y un 26% menor de 5 años.
- El 53% vive en zonas urbanas, avanzando de un 76% a un 90% de la población que utiliza fuentes mejoradas de agua entre los años 1990-2012.
- La esperanza de vida subió de 64 a 70 años entre los periodos 1990-2012. Las tasas de mortalidad.
- La tasa de mortalidad infantil cayo de 90 a 48 niños por cada 1.000 nacidos vivos, es decir un -47% en igual periodo, tendencia que se mantiene para tasas de mortalidad de hombres y mujeres con caídas de un -46% y -37% reflejando tasas al año 2012 de 187 y 124 por cada 1.000 habitantes respectivamente.
- África es la región que refleja los peores indicadores aunque estos también avanzaron positivamente en todos los analizados.
- Se reduce la brecha aunque esta se mantiene entre los países de más altos ingresos versus los países de menor ingreso. Se refleja una esperanza de vida de 79 años al 2012 para los primeros, respecto de los 62 que reflejan los países de menores ingresos que avanzaron a un mayor ritmo en años que el resto del mundo (9 años entre 1990-2012) aún se encuentran por debajo de la media mundial.

- El gasto en salud ha crecido en todas las regiones respecto del PIB, permanentemente.

Resultados y Aportaciones

Bajo el marco teórico y el contexto de reformas en los diferentes sistemas de salud, se abordó una investigación basada en casos considerando la metodología propuesta por Villareal (Villareal. y Landeta, 2010). La definición de objetivos e hipótesis, la fundamentación de casos estudiados dieron las bases para el desarrollo metodológico y sus resultados todo esto basado en la pregunta de investigación de si ¿son eficiente los hospitales públicos? Al respecto es posible concluir lo siguiente aspectos y aportaciones:

Hipótesis planteadas

Hipótesis	Resultados de la contrastación de las evidencias
Hipótesis 1: La Fragmentación en los procesos influye en la calidad y eficiencia hospitalaria pública.	Dado los problemas comunes y la evidencia obtenida a través de información cualitativa y cuantitativa se identificaron 3 factores sistémicos que influyen en la gestión de los hospitales públicos y sus problemas comunes. Estos son: Toma de decisiones de directivos bajo escasez, fragmentación de los procesos y falta de mecanismos de integración de los procesos. Estos factores sistémicos se conjugan no pudiendo los hospitales públicos evidenciar íntegramente sus necesidades. Los gestores reflejan fuerte presión de escasos recursos y la alta demanda. Orientan su gestión hacia el manejo cotidiano más que estratégico de los hospitales. La falta de sistemas de integración de sus procesos y la fragmentación de estos presionados por los tipos de estructuras organizacionales y separaciones funcionales dificulta evidenciar las carencias de los hospitales.
Hipótesis 2: Las variables que definen los procesos en los productos finales condicionan la interpretación de sus	Del análisis de los procesos hospitalarios y la información levantada, fue posible generar tres resultados relevantes para contrastar esta hipótesis, estos son el <i>Mapa Integrado de Procesos</i> , las variables que influyen en los procesos y el diagrama de relaciones origen destino (flujo de procesos) de estos es relevante destacar lo siguiente:

<p>indicadores.</p>	<p>Mapa Integrado de procesos: Si bien diferente bibliografía revisada ya ha abordado el desarrollo de mapas de procesos, para abordar el modelo de levantamiento y análisis de información se debió organizar la información bajo una perspectiva integrada diferente a las abordadas. Es así que el mapa se inicia con la población objetivo como eje de orientación, posteriormente se analizaron las relaciones internas de cada uno de los procesos y sus relaciones, asumiendo a su vez que un hospital es parte de un sistema mayor de ingreso y salida de sus pacientes o productos finales. Esta propuesta permite evitar la omisión alguna área en los procesos de diagnóstico y propuestas, priorizar la mirada de integración de las unidades relevante de procesos principales de aquellas que debe servir de apoyo a estas y facilita el análisis de estrategias en la relación Público-Privado, pudiendo analizar efectos de estas en los procesos principales.</p> <p>Variables que influyen en los procesos: Las principales aportaciones en esta área guarda relación en primer lugar con la perspectiva integrada de estas variables. Si bien se ha abordado un análisis descriptivo independiente, estas se encuentran estrechamente relacionada. En atención de Urgencia se identificaron 7 variables que influyen en la eficiencia de sus procesos, los que pueden generar influencia en los indicadores de resultados. Hasta ahora la pertinencia de en la atención era considerada como eje fundamental pero tras los estudios se ha considerado que las otras identificadas juegan un papel determinante en los procesos e indicadores de resultados. En atención de hospitalización se identificaron 12 variables que influyen en la eficiencia de los procesos y sus resultados, donde normalmente son utilizados 4 de estos (días de estada, Infecciones intrahospitalaria, tasa de ocupación de camas, gravedad del paciente). Por último en consultas o atención de especialistas se identificaron 6 variables que influyen en los</p>
---------------------	--

	<p>procesos y sus indicadores donde normalmente es considerado el dato consulta como indicador único. A la luz de los resultados es clara la influencia de estas variables en los datos e indicadores de los hospitales donde la mayor eficiencia solo mirando un indicador no garantiza que los hospitales mejoren en su eficiencia como procesos y deben necesariamente desagregarse respecto de sus relaciones y contexto territorial donde se abordan los análisis para evitar errores de interpretación.</p> <p>Diagrama de relaciones origen-destino: considerando las aportaciones anteriores se suma a ellas la identificación de un análisis normalmente no considerado al generar indicadores globales y que es la cantidad y variedad de productos finales que existen en los hospitales. Esta aportación sumada a las variables que influyen en los procesos son determinantes para la identificación de necesidades debido a que cada ruta del paciente refleja diferentes recursos y necesidades. El comportamiento epidemiológico y etario de la población inserta en estas relaciones ha generado el incremento de los costos, (visto hoy como ineficiencia). Los diagramas y su perspectiva de recursos debiera ser la tendencia sobre la cual la gestión hospitalaria debe reorientarse más allá de los datos globales ya que esto refleja las particularidades propias de los hospitales según su complejidad o territorialidad.</p>
Hipótesis 3: La integración de los sistemas hospitalarios bajo modelo de eficiencia integral, permite la detección de necesidades en los hospitales públicos.	<p>El sistema de relaciones hospitalarias al momento de determinarse permitió efectivamente generar la detección de necesidades. Para ello se debió generar procesos de estandarización en cada uno de sus procesos y la identificación de las relaciones funcionales que existen entre la población, los productos finales y los servicios intermedios. En este ámbito la definición de indicadores que relacionen las actividades esenciales juega un papel determinante las que luego se encadenan en las actividades de apoyo dando como resultado la</p>

	<p>necesidad de recursos. Para su determinación los procesos de 2 a 6 años facilitaron su revisión periódica permitieron generar intervalos e incluso sensibilizarlos. Es claro que la modelación de este sistema es la etapa siguiente al trabajo abordado permitiendo construir patrones acorde a las realizadas de cada hospital.</p>
--	--

Bajo el análisis y contrastación de las hipótesis, es posible ver las aportaciones que ha abordado esta tesis. Sin embargo a ellas hay dos aspectos que se suman siendo estos el diseño metodológico abordado que se observa en la ilustración 4 y que se ha descrito en el desarrollo metodológico en sus esquemas e instrumentos y el segundo que es donde se centra el trabajo de tesis doctoral que corresponde al modelo de eficiencia definido como optimización y que se sistematiza en la ilustración 22.

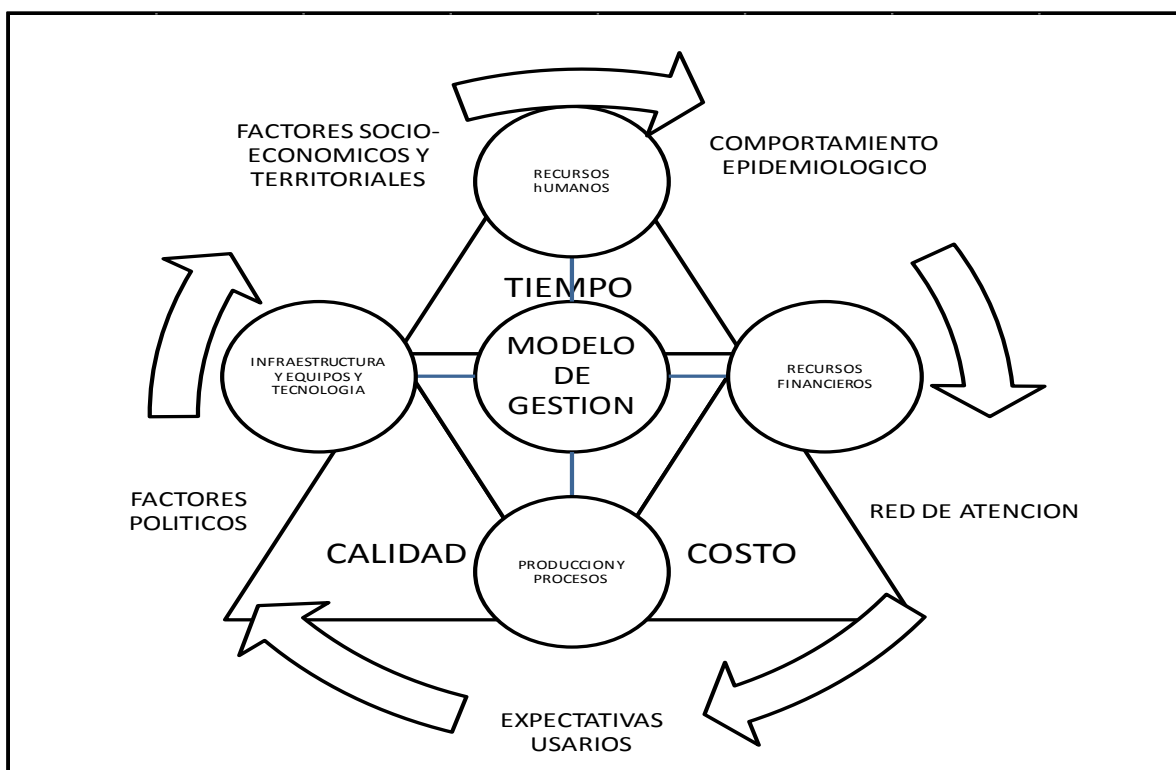


Ilustración 22. Modelo de eficiencia hospitalario. Fuente: Elaboración propia.

El esquema sistematiza los elementos de eficiencia que fueron considerados basados a su vez en las definiciones teóricas analizadas y los modelos existentes. A través de esta propuesta resultante es posible contrastar las omisiones que tienen los actuales modelos especialmente concentrando sus análisis en alguno de los factores perdiendo la

perspectiva sistémica de los hospitales y que generan conclusiones de eficiencia hospitalaria al menos discutible. Entenderemos eficiencia hospitalaria como “Un sistema de relaciones optimizado -no ideal- de recursos disponibles, los que basados en un modelo de gestión establecido, se integran y maximizan equilibradamente sus resultados para el logro de objetivos del hospital y su entorno”.

La sistematización del proceso de optimización recoge la consideración de todos los recursos lo que obliga a identificar sus relaciones, junto a ello se requiere definir estándares e intervalos de estos que faciliten y de flexibilidad acorde al contexto donde se sitúan los hospitales (definido como entorno) así como las exigencias que presionan a la gestión y los sistemas estando siempre presente en los modelos (costo, tiempo y calidad). Los recursos disponibles en los hospitales deben por definición mantener un equilibrio, su incremento por ende debe ser de la misma forma enmarcada estos en los modelos de gestión que nacen del análisis del mapa de proceso integrado. Esta aportación ha permitido concluir:

- La ineficiencia aparente de los hospitales públicos son producto de factores causales que la generan: decisiones bajo escasez, fragmentación de sus procesos y la baja integración y conocimiento de sus relaciones, generan los problemas detectados que al ser resueltos generan brechas en todas sus áreas de necesidades.
- Por más aproximación a la demanda real, aun el sector nos sorprende con más demanda cada vez que instalamos nueva oferta o mejoramos la existente. En este escenario la demanda aun es un proceso de aproximación, tal como se ejemplifica en las reformas de Estados Unidos y su incremento de demanda de camas al instalarse la reforma. Los resultados de la reforma GES, donde antes de ser instaladas las prestaciones en su cantidad difieren significativamente de las actuales capturadas por la reforma siendo muy superiores.
- Para comparar la conveniencia Público-Privada se requiere igualar las condiciones y parámetros de eficiencia. En el caso de los hospitales públicos generar escenarios óptimos, que son las exigencias que se les planteara a privados y sobre el cual se les retribuirá. Esta condición de carencia de recursos hace ver en desventaja la labor pública transformándose en un mito de ineficiencia, mientras que recursos, fragmentación y factores integradores en sus relaciones son sus verdaderas dificultades.

- El análisis de procesos bajo la perspectiva origen-destino, permite evidenciar la variedad y heterogeneidad de productos finales que al modelar o estandarizar como resultados únicos (consulta o egreso), puede generar dificultades de interpretación en sus indicadores globales al inyectar recursos.
- La optimización e integración de factores podría contribuir a la evaluación comparada del gasto y su efectividad en la relación público-privada,
- Las aportaciones permiten contribuir al manejo de las políticas de salud pública Chilena en materia de gestión hospitalaria, abordando dificultades frecuentes como: el manejo de listas de espera y recursos, endeudamiento hospitalario, recursos disponibles y los efectos en ellos al generar mayor eficiencia, variables que pueden generar cambios en los indicadores trazadores de los procesos principales y la evaluación de estrategias posibles de implementar.

Limitaciones y Futuras Investigaciones

- Si analizamos las limitaciones propias de los estudios de casos, la selección de estos debe ser considerada al analizar las conclusiones. Estos casos se enmarcan en la realidad chilena, la cual ha reflejado avances importantes en los últimos 30 años en materia de salud. Sin embargo la propuesta metodológica se definió para minimizar estas limitaciones, aportando modelos metodológicos susceptibles de ser utilizados en otros países acorde a su adaptación territorial.
- El trabajo de investigación y tesis doctoral debe considerar futuras investigaciones siendo estas las siguientes líneas posibles:
 - ✓ Modelar el sistema integrado de relaciones hospitalario considerando la propuesta de modelo de eficiencia.
 - ✓ Profundizando en las relaciones de los procesos origen-destino y el vínculo con los cinco recursos definidos en el modelo de eficiencia.
 - ✓ Profundizar en la relación de las variables de los procesos ampliando a niveles de atención de diferentes complejidades.

Referencias

1. Abdallah, A. (2014). Implementing quality initiatives in healthcare organizations: Drivers and challenges. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(3), 166-181.
2. Alvoal, J.L., Lado, M.E., Amigo, M., Hervada, X. Gómez, Á. y Fernández, C. (2008). Mapa de procesos en organizaciones de salud pública: La experiencia de la dirección xreal de saúde pública de galicia. *Gasetas Sanitarias*, 22(3), 275-279.
3. Alcalde, J., Lazo, O., y Nigenda, G. (2011). Sistema de salud Perú. *Salud Pública De México*, 53(2), 243-254.
4. Allen, P., Cao, Q. & Wang, H. (2014). Public hospital autonomy in China in an international context. *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(3), 141-159.
5. Antunes, V., & Moreira, P. (2013). Skill mix in healthcare: An international update for the management debate. *International Journal of Healthcare Management*, 6(1), 12-17.
6. Arias, M. (2003). Metodologías de investigación emergentes en economía de la empresa. *Papers Proceedings 2003*, XVII Congreso Nacional, XIII Congreso Hispano-Francés AEDEM, Université Montesquieu Bordeaux IV, Bordeaux, 19-28
7. Artundo, C. (2005). La provisión de los servicios sanitarios en la Unión Europea, ¿un espacio para el sistema europeo de salud? *Revista de Administración Sanitaria*, 3(3), 517-527.
8. Attree, M. (2001). Study of the criteria used by healthcare professionals, managers and patients to represent and evaluate quality care. *Journal of Nursing management*, 9(2), 79 – 85.
9. Bachelet, M. (2014). Programa de gobierno, Michelle Bachelet 2014-2018. *Ministerio Secretaria General De La Presidencia*, 1-192. Programa con los compromisos del Gobierno para el periodo 2014-2018
10. Banco Mundial. (1993). Informe sobre desarrollo mundial 1993: Invertir en salud (resumen). (Nº. 34129). Washington D.C.: *Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial*.
11. Becerril, V., Medina, G., y Aquino, R. (2011). Sistema de salud de Brasil. *Salud Pública De México*, 53(2), 120-131.
12. Becerril, V., Reyes, J. d. D., y Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública De México*, 53(2), 132-143.
13. Belló, M., y Becerril, V. (2011). Sistema de salud Argentina. *Salud Pública De México*, 53(2), 96-108.
14. Belmartino, S. (2014). La reforma de la atención médica de la administración Obama: Dificultades para un acuerdo similar en argentina. *Salud Colectiva*, 10(1), 41-55.
15. Beny, L. T., Shostak, G.L. & Upah, G.D. (1982). *Emerging perspectives on services marketing*. Chicago: American Marketing.
16. Beveridge, W. (2008). In Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (Ed.), *La seguridad social en Inglaterra*, plan Beveridge (Vicente Peris Trans.). (1st ed.). México: CIESS.
17. Bitrán, E., y Villena, M. (2010). El nuevo desafío de las concesiones de obras públicas en Chile. (Estudio de Concesiones No. 117). Santiago: *Centro de Estudios Públicos*.

18. Brito, P. (2014). La cooperación internacional en salud, tendencias y dilemas en la era de la salud global. *Revista Cubana De Salud Pública*, 40(1)
19. Cabo, J. (2014). In Díaz de Santos (Ed.), *Gestión de calidad en organizaciones sanitarias* (1st ed.). Madrid: Díaz de Santos.
20. Carreño, J. A. (2013). Calidad de la atención en salud en hospitales universitarios. *Revista De Administración y Finanzas*, 6(7), 81-89.
21. Castillo, Y. (2014). *Protocolo categorización de usuarios por dependencia y riesgo de cuidado*, Resolución Protocolo Categorización Servicio de Salud O'Higgins, Chile U.S.C. 0436.
22. Castro, M., Ozcan, Y., Estellita, M. & Fiszman, R. (2014). Teaching hospitals in Brazil: Findings on determinants for efficiency. *International Journal of Healthcare Management*, 7(1), 60-69.
23. Chalamon, I., Chouk, I., & Heilbrunn, B. (2013). Does the patient really act like a supermarket shopper? proposal of a typology of patients expectations towards the healthcare system. *International Journal of Healthcare Management*, 6(3), 142-151.
24. Charles, J. (2012) The impact of strategic planning and the balanced scorecard methodology on middle managers' performance in the public sector. *International Journal of Business and Social Science*, 3(1), 114-127.
25. Charnes, A., Cooper, W., Lewin, A.Y., & Seiford, L.M. (1997). Data envelopment analysis theory, methodology and applications. *Operational Research Society*, 48(3), 332.
26. Chediak, F., y Valencia, L. (2008). Metodología para medir la eficiencia mediante la técnica de análisis envolvente de datos -DEA-. *Vector*, 3 (Enero-Diciembre), 70-81.
27. Choi, T., & Robertson, P. J. (2014). Caucuses in collaborative governance: Modeling the effects of Structure power. *International Public Management Journal*, 17(2), 224-254.
28. Crosby, P. B. *La calidad no cuesta*. México: McGraw Hill.
29. Darimont, B., y Liu, D. (2013). El sistema de salud de China: Entre la privatización y los servicios de salud pública. *Revista Internacional De Seguridad Social*, 66(1), 105-126.
30. Davis, P., Milne, B., Parker, K., Hider, P., Lay-Yee, R., Cumming, J. & Graham, P. (2013). Efficiency, effectiveness, equity (E3). Evaluating hospital performance in three dimensions. *Health Policy*, 112(1-2), 19-27.
31. De la Lama, J., Fernandez, J., Punzano, J., Nicolas, M., Nin, S., Mengual, R., . . . Raya, A, Ramos, G. (2013). Using six sigma tools to improve internal processes in a hospital center through three pilot projects. *International Journal of Healthcare Management*, 6(3), 158-167.
32. Deming, W.E. (1989). *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis* (Trad. Jesús Nicolau). Madrid: Díaz Santos.
33. Díaz, C. A. (2011). Gestión de servicios asistenciales. Argentina: *Isalud*.
34. Dinges, M. (2014). La investigación histórica y el debate actual sobre la salud masculina: El caso de Alemania. *ASCLEPIO. Revista De Historia De La Medicina y Las Ciencias.*, 66(1), 1-10.
35. Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring*. Health Administration Press.

36. Duarte, N., Goodson, J., & Dougherty, M. (2014). Managing innovation in hospitals and health systems: Lessons from the Malcolm Baldrige National Quality award winners. *International Journal of Healthcare Management*, 7(1), 21-34.
37. Eiff, W. v. (2012). Best practice management: In search of hospital excellence. *International Journal of Healthcare Management*, 5(1), 48-60.
38. Eiglier, P. y Langeard, E. (1989) *Servucción*. McGraw Hill.
39. Ferrari, M. (2011). In Consejo profesional de Ciencias Económicas de la Ciudad de Buenos Aires (Ed.), *Gestión de calidad en organizaciones de salud* (1st ed.). Buenos Aires: EDICOM.
40. Floch, J.M. (1988). The contribution of structural semiotics to the design of a hypermarket. *Int J Res Mark*, 4(3), 233-253.
41. Floch, J.M. (2001). *Semiotics, marketing and communication*. London: Palgrave Macmillan.
42. Flores, C. y Camacho, A. (2012). *Dos décadas de cambios en la equidad del sistema de salud colombiano 1990-2010*. (Informe de evaluación reforma de salud Colombia No. 242). Santiago de Chile: CEPAL.
43. Franco, A. (2014). Sistemas de salud en condiciones de mercado: Las reformas del último cuarto de siglo. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 32(1), 95-107.
44. Ganduglia, C. (2010). La reforma del sistema de salud de los Estados Unidos de América. *Medicina (B. Aires) [Online]*, , 381-885.
45. García, C., Rodríguez, S., y Suárez, K. (2011). Construcción de la cultura de calidad en un hospital público a partir de la gestión humana; tensiones y paradojas. *Universitias Psychologica*, 10(3), 841-853.
46. Goodwin, N., Dixon, A., Anderson, G., & Wodchis, W. (2014). Providing integrated care for older people with complex needs, lessons from seven international case studies. *The King's Fund*, (1), 1-27.
47. Gorsky, M. (2008). The british national health service 1948–2008: A review of the historiography. *Oxford Journals*, 21(3), 437-460.
48. Govindarajan, R. (2009). *El desorden sanitario tiene cura* (Primera ed.). Barcelona: Marge.
49. Grachev, M. (2013). Historic horizons of Frederick Taylor's scientific management. *Journal of Management History*, 19(4), 512-527.
50. Groene, O., Klazinga, N., Kazandjian, V., Lombrail, P., & Bartels, P. (2008). The world health organization performance assessment tool for quality improvement in hospital (PATH): An analisis of the pilot implementation in 37 hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3), 155-161.
51. Groene, O., Skau, J., & Frolich, A. (2008). An international review of proyects on hospital performace assessment. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3), 162-171.
52. Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, (4).
53. Grupo de trabajo de la Fundación Mexicana para la Salud. (2013). Universalidad de los servicios de salud en México. *Salud Pública De México*, 55(Esp.), E3-E64.
54. Guerra B., K., Moreno M., M., Fornet H., C. E., y Torres., M. E. (2013). La gestión de programas y proyectos territoriales de ciencia e innovación en el sector de la salud pública de Holguin, Cuba. *Revista Cubana De Información En Ciencias De La Salud*, 24(4), 443-455.
55. Guix, J. (2005). Calidad en salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 19(4), 325-332.

56. Guzmán, A. y Moreno, B. (2001) Categorización de demanda en la red de urgencia local del servicio de salud O'Higgins. Resolución aprueba protocolo U.S.C. Resolución Exenta N°3332
57. Hall, R. (1996). In Prentice Hall (Ed.), *Organizaciones, estructuras, procesos y resultados*. (Sexta ed.). México: Prentice Hall.
58. Harris, J. E. (2014). Reforma sanitaria de estados unidos ¿hacia dónde va el país? *XI Encontro Nacional De Economia da Saude y VI Encontro Latino Americano de Economia Da Saude*, 25 Sept 2014, Sao Paulo.
59. Hendrikx, H., Pippel, S., Van de Wetering, R., & Batenburg, R. (2013). Expectations and attitudes in eHealth: A survey among patients of dutch private healthcare organizations. *Inter*, 6(4), 263-268.
60. Hernández, A., Medina, A., Nogueira, D., Negrin, H., y Márquez. (2014). La caracterización y clasificación de sistemas, un paso necesario en la gestión y mejora de procesos. particularidades en organizaciones hospitalarias. *Revista Universidad Nacional De Colombia*, 81(184), 193-200.
61. Hernández, A., Nogueira, D., Medina, A., y Marqués, M. (2013). Inserción de la gestión por procesos en instituciones hospitalarias. concepción metodológica y práctica. [Inserción de la gestión por procesos en instituciones hospitalarias. Concepción metodológica y práctica] *Revista. Adm Sao Paulo*, 48(4), 739-756.
62. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1997). Metodología de la Investigación. McGraw Hill.
63. Hervás, M. (2007). In Díaz de Santos (Ed.), *El hospital empresa y la sanidad asistencial* (Primera ed.). Madrid: Díaz de Santos.
64. Herzberg, F. (1968). Una vez más: ¿cómo motiva usted a sus empleados? [trad. Pariente, José.] *Harvard Business Review*, (1), 13-22.
65. Hidalgo, A., Corugedo, I., & Del Llano, J. (2000). In Pirámide (Ed.), *Economía de la salud* (Primera ed.). Madrid: Piramide.
66. Homedes, N. y Ugalde, A. (2011). Reforma de salud y equidad en América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2686-2696.
67. Informe sobre Chile OCDE. (2014). *Estadísticas de la OCDE sobre la salud en Chile, informe 2014 comparado*. (Informe Comparado de la salud países OCDE-Chile No. 1 informe Comparado). Chile: OCDE.
68. Jahandideh, S., Asefzadeh, S., y Otros. (2013). The comparison of methods for measuring quallity of hospital service by using neuronal networks: A case in Iran. *International Journal of Healthcare Management*, 6(1), 45-50.
69. Jaramillo, J. (1998). In Editorial de la Universidad de Costa Rica (Ed.), *Gerencia de administración de servicios médicos y hospitalarios* Editora Nacional de Salud y Seguridad Social.
70. Jiménez, R. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. una mirada actual. *Revista Cubana De Salud Pública*, 30(1)
71. Juan, A., Enjamio, E., & Otros. (2010). Impacto de la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminución de la saturación del servicio de urgencia. *Emergencias*, 22, 249-253.
72. Juran, J.M. (1990). *Juran y el liderazgo para la calidad. Un manual para directivos*. (Trad. Jesús Nicolau Medina y Mercedes Gonzalbes Ballester). Madrid: Díaz de Santos.
73. Larrinaga, V., y Rodriguez, L. (2010). El estudio de casos como metodología de investigacion cientifica en dirección y economía de la empresa. una aplicación a la internacionalización. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía De La Empresa*, 16(3), 31-52.

74. Lemus, J., Aragues, V., Lucioni, M., y Colaboradores. (2009). In Corpus (Ed.), *Administración hospitalaria y de organizaciones de atención de la salud* (primera ed.). Buenos Aires: Corpus.
75. Levi, J. (2014, Mayo, 05). In U.S., uninsured rate shows initial decline in 2014. *Gallup Poll*,
76. Liu, H. (2013). A theoretical framework for the integrated management of the hospital in the context of the Japanese health. *Health Policy*, 113(11), 160-169.
77. Lucio, R., Villacrés, N., y Henríquez Rodrigo. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública De México*, 53(2), 177-187.
78. Magnussen, J., Vrangbaek, K., & Saltman, R. (2009). In McGraw-Hill O. U. P. (Ed.), *Nordic health care systems, recent reforms and current policy challenges* (Primera ed.). UK: McGraw-Hill.
79. Maldonado, F. H. (2007). In Díaz de Santos (Ed.), *El hospital empresa y la sanidad asistencial* (Primera ed.). Madrid: Díaz de Santos.
80. Marchildon, G. P. (2014). The three dimensions of universal medicare in Canada. *Canadian Public Administration*, 57(3), 362-382.
81. Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
82. Mendes M., C. A., y Torres A., C. (2010). Autonomía en la gestión hospitalaria en Chile: Desafíos para el recurso humano en salud. *Revista De Salud Pública*, 44(2), 366-371.
83. Ministerio de Desarrollo Social (2013). *Metodología general de preparación y evaluación de proyectos. Guía de referencia metodológica para proyectos públicos U.S.C. Sistema Nacional de Inversiones*. Recuperado de
84. Ministerio de Obras Públicas (MOP) (2011). *Cuenta pública Ministerio de Obras Públicas*. Recuperado de http://www.mop.cl/CuentaPublica/Documents/Cuenta_regional_ARAUCANIA.pdf
85. Ministerio de Salud (2014). *Modifica el sistema privado de salud, incorporando un plan garantizado*, Boletín 8105-11. http://www.senado.cl/apps Senado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=8105-11;#.
86. Mintzberg, H. (1990). In Ateneo (Ed.), *Organizaciones eficientes* (Primera ed.) Ateneo.
87. Mintzberg, H. (2012). Managing the myths of health care. *World Hospital and Health Services*, 48(3), 4-7.
88. Mintzberg, H., Ahlstrand, B. y Lampel, J. (2013). *Safari a la Estrategia. Una visita guiada por la jungla del management estratégico*. Argentina: Granica.
89. Mintzberg, H., Lampel, J., y Ahlstrand, B. (1998). La estrategia y el elefante. *Gestión*, 3(4), 24-34.
90. Mlinguela B., Fernandez J, Fossas M. y Lopez, José: .Colaboración tecnológica con proveedores en la innovación de productos: análisis de la industria manufacturera española. *Innovar* [online]. 2014, vol.24, n.spe, pp. 55-65.
91. Mora E. y Ortiz-de-urbina M. (2009). Improving the effectiveness of academic-business models: An analysis of obstacles in R&D activities in service industries. *Service Business*, 3(4), 395-413.
92. Moreno, M., y Luzón, F. (2001). *Gestión de calidad y diseño de organizaciones, teoría y estudio de casos*. (Primera ed.) Pearson Education.
93. Morera, M. (2013). Revisión sistemática de indicadores de desempeño hospitalario. *Acta Médica Costarricense*, 55(2), 70-78.

94. Morcillo Ortega, P., y Calderon Martinez, M. G. (2012). Características de empresas españolas en el sector de las TIC y la colaboración en procesos de innovación. *Principios: Estudios De Economía Política*, (20), 69-86.
95. Mozaffar, H. Williams, R., Cresswell, K., Morrison, Z., Slee, A. (2014). Product Diversity and Spectrum of Choice in Hospital ePrescribing Systems in England. *PLOS ONE*, 9(4).
96. Muñoz, A. (1999). *Gestión de la calidad total en la administración pública*. (1st ed.). Madrid: Díaz de Santos.
97. Muñoz, G. (2003). *Modelación y rediseño de procesos de servicio de urgencia del Hospital Regional de Temuco*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
98. Murray, C., y Frenk, J. (2000). Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. *Bulletin of the World Health Organization*, 72(6), 717-731.
99. Navajo, P. (2009). In NARCEA (Ed.), *Planificación estratégica en organizaciones no lucrativas*. (Primera ed.). Madrid: NARCEA.
100. Navarro, J., Maza, F., y Viana R.. (2011). La eficiencia de los hospitales colombianos en el contexto latinoamericano. una aplicación del análisis envolvente de datos(DEA) en un grupo de hospitales de alta complejidad, 2009. *Ecos De Economía*, 33(2), 71-93.
101. Nofuentes, S. (2012). Díaz de Santos (Ed.), *Más calidad menos coste, la vía lean healthcare* (Primera ed.). Madrid: Díaz de Santos.
102. OCDE. (2014). *Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 Chile en comparación*. (Informe Anual No. 1). Chile: OCDE.
103. Ohno, T. (1998). *Toyota Production System. Beyond large-scale production*. New York: Diamong.
104. OMS. (2005). *Estrategias de cooperación de la OMS con países, marco referencial*. (Estrategias OMS No. ISBN 92 4 359261 0). Suiza: OMS.
105. OMS. (2010). *La financiación de los sistemas de salud; el camino hacia una cobertura universal*. (Informe sobre salud en el mundo No. 1). Suiza: Organización Mundial de la salud.
106. OPS. (2003). In Programa de Análisis de la Situación de Salud en la OPS (Ed.), *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades. Trans.). (Decima ed.). Washington D.C.: OPS.
107. OPS. (2010). *Redes integradas de servicios de salud*. (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No. 4). Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
108. Padovani, A., Brito, L., Crespo, M., Deu, T., y Padovani, S. (2012). La calidad en salud pública. *Rev. Ciencias Médicas*, 16(4), 64-73.
109. Pickering, S., y Thompson, J. (2010). In Elsevier (Ed.), *Gobierno clínico y gestión eficiente*. (Primera ed.). Barcelona: Elsevier.
110. Portela, C. & Thomas, S. (2013). Impact of the economic crisis on healthcare resources:An european approach. *International Journal of Healthcare Management*, 6(2), 104-103.
111. Rialp, A. (1998). *El método del caso como técnica de investigación y su aplicación al estudio de la función directiva*. Ponencia presentada en el IV taller de Metodología ACEDE, 23-25 de abril, Arnedillo, La Rioja, Argentina.
112. Riffkin, R. (2014, Nov, 10). Americans satisfied with how health system works for them. *Gallup Poll*, [http://www.gallup.com/poll/179294/americans-satisfied-health-system-works.aspx](http://www.gallup.com/poll/179294/americans-satisfied-health-system-works.aspx;);

113. Rodríguez, D. (2004). *Gestión organizacional, elementos para su estudio* (Tercera ed.). Santiago: Universidad Católica de Chile.
114. Saad, S., & Kara, A. (2014). The structure and measures of service quality perceptions for multiple-encounter services: A study of hospitals in Bangladesh. *International Journal of Healthcare Management*, 7(2), 92-102.
115. Saaty, R. The analytic hierarchy process-what it is and how it is used. *Mathl Modellin*, 9(3), 161-176.
116. Sach, y Jeffrey D. (2002). Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico. *Revista Panamericana De Salud Pública*, 12(2), 143-144.
117. Sáenz, M. d. R., Acosta, M., Muiser Jorine, y Bermúdez, J. (2011). Sistema de salud de costa rica. *Salud Pública De México*, 53(2), 156-167.
118. Sánchez González, J. J. (2008). Las reformas neogerenciales en hispano américa, enseñanzas para incrementar las capacidades de gobierno. *Revista Chilena De Administración Publica*, 12(Diciembre), 105-123.
119. Seijas, A., y Iglesias Guillermo. (2009). Medida de la eficiencia técnica en los hospitales públicos gallegos. *Revista Gallega De Economía*, 18(1), 1-22.
120. Pickering S. y Thompson, J. (2010). *Gobierno clínico y gestión eficiente*. Barcelona: Elsevier.
121. Scheaffer, R.L., Mendenhall, W. y Ott, L. (1987). *Elementos de Muestreo*. México: Grupo Editorial Iberoamérica.
122. Shewhart, W. A. (1931). In Van Nostrand Company (Ed.), *Economic control of quality of manufactured product*.(1st ed.). New York, USA: ASQ Quality Press.
123. Silva, I., y Sandoval, C. (2013). CEPAL (Ed.), *Metodología para la elaboración de estrategias de desarrollo local*. (1th ed.). Santiago: Naciones Unidas.
124. Simou, E., Pliatsika, P., & Koutsogeorgou, E. (2014). Developing a national framework of quality indicators for public hospitals. *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(3), 187-206.
125. Subdirección General de Información sanitaria e Innovación. (2013). Los sistemas sanitarios en los países de la UE: Características e indicadores de salud 2013. *Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*, 1(1), 1-99.
126. Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2013). *Balance de gestión integral año 2013*. (Informe anual No. 1). Santiago: Ministerio de salud de Chile. . (Informe de gestión)
127. Superintendencia de Redes Asistenciales. (2013). *Balance de gestión integral 2013, Chile*. (Balance Anual No. 1). Chile: Gobierno de Chile, Superintendencia de redes asistenciales.
128. Superintendencia de Salud, C. (2014). *Resultados financieros del sistema ISAPRES, Chile*. (Informe de Evaluación No. 2). Chile: Superintendencia de Salud.
129. Superintendencia de Salud, Chile Evaluación GES. (2007). *Evaluación de la reforma de salud y situación del sistema ISAPRES. diseño metodológico y definición de líneas basales*. (No. Marzo). Santiago: Superintendencia de Salud, Chile.
130. Tang, S., Brix, H., & Bekedam, H. (2014). Advancing universal coverage of healthcare in china: Translating political willin to policy and practice. *Int J Health Plann Mgmt*, 2014(29), 160-174.

131. Taylor, F. W. (1911). In Harper and Brothers (Ed.), *The principles of scientific-management*. (1st ed.). New York, USA and London, UK: Harper and Brothers. <https://archive.org/stream/principlesofscie00taylrich#page/n5/mode/2up>;
132. Tejedor, J. P. (2007). *Modelo de gestión de calidad en instituciones sanitarias*. Madrid: Ces.
133. Temes, J., y Mengibar, M. (2011). León M. (Ed.), *Gestión hospitalaria* (Primera ed.). Madrid: McGraw-Hill/interamericana, S.I.
134. Tinnemann, P., ES Bauer, T., De la Torre, J., Binting, S., y Keil, T. (2013). Salud en la calle: Estudio transversal para identificar problemas de medicina social entre los pacientes del centro de salud para personas sin hogar en Berlin, Alemania. *Medicina Social*, 8(1), 23-32.
135. Tobar, J., (Coord). (2012). *Estudio mercado de la salud privada en chile, solicitado por la fiscalía nacional económica, ejecutado P.U.C.V.* (No. 1). Santiago: Fiscalía Nacional Económica.
136. Toygar, S. A., & Akbulut, Y. (2013). An assessment of the decision making and problem solving skills of hospital administrators. *International Journal of Healthcare Management*, 6(3), 168-177.
137. Unidad Presidencial de Gestión Chile. (2014). *Rindiendo cuenta: Balance de cuatro años del gobierno del presidente sebastian piñera*. (No. Marzo). Chile: Unidad Presidencial y Ministerios.
138. Vezyridis, P., & Timmons, S. (2014). National target, process transformation and consequences in an NHS emergency departament (ED): Aqualitative study. *Biomed Central*, 14(12), 2-11.
139. Villalbí, J. R., Ballestin, M., Casas, C., y Subirana, T. (2012). Gestión de calidad en una organización de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 26(4), 379-382.
140. Villalbí, J., Casas, C., Bartoll, X., Artazcoz, L., Ballestin, Borrell, C... Salamero, M. (2010). Indicadores para la gestión de servicios de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 24(5), 378-384.
141. Villareal., O., y Landeta, J. (2010). El estudio de casos como metodología de investigación científica en dirección y economía de la empresa. una aplicación a la internacionalización. *Investigaciones Europeas De Dirección y Economía De La Empresa*, 16(3), 31-52.
142. WHO. (2014). *Estadísticas sanitarias mundiales*. (Estadísticas No. 1). Suiza: Organización Mundial de Salud.
143. World Health Organization, Office for Europe. (2007). *Performance assessment tool for quality improvement in hospitals (PATH)*. (Documento Resumen Modelo PATH. No. 1). Denmark: WHO, Regional Office for Europe. (Path)
144. World Health Organization, Office Regional Europe. (2013). *Core health indicators in the WHO european region*. (Informe Anual 2013 No. 1). Europa: WHO.
145. Younis, M. Z., Jaber, S., Mawson, A. R., & Hartmann, M. (2013). Estimating the unit costs of public hospitals and primary healthcare centers. *Int J Health Plann Mgmt*, 28, 320-332.
146. Zúñiga A. (2014). Propuesta para la reforma definitiva del sistema privado de salud chileno. *Revista Médica De Chile*, 142, 501-505.

ANEXOS

Anexo 1 Grupo de países por regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) según regiones.

I. Grupos de países por regiones de la OMS³⁶

Región de África: Angola, Argelia, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camerún, Chad, Comoras, Congo, Côte d'Ivoire, Eritrea,* Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauricio, Mauritania, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra Leona, Sudáfrica, Swazilandia, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabwe.

Región de las Américas: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela (República Bolivariana de).

Región de Asia Sudoriental: Bangladesh, Bhután, India, Indonesia, Maldivas, Myanmar, Nepal, República Popular Democrática de Corea, Sri Lanka, Tailandia, Timor-Leste.*

Región de Europa: Albania, Alemania, Andorra,* Armenia,* Austria, Azerbaiyán,* Belarús, Bélgica, Bosnia y Herzegovina,* Bulgaria, Chipre, Croacia,* Dinamarca, Eslovaquia,* Eslovenia,* España, Estonia,* Ex República Yugoslava de Macedonia,* Federación de Rusia, Finlandia, Francia, Georgia,* Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Kazajistán,* Kirguistán,* Letonia,* Lituania,* Luxemburgo, Malta, Mónaco, Montenegro,* Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Checa,* República de Moldova,* Rumania, San Marino, Serbia,* Suecia, Suiza, Tayikistán,* Turkmenistán,* Turquía, Ucrania, Uzbekistán.*

Región del Mediterráneo Oriental: Afganistán, Arabia Saudita, Bahrein, Djibouti, Egipto, Emiratos Árabes Unidos, Irán (República Islámica del), Iraq, Jordania, Kuwait, Líbano, Libia, Marruecos, Omán, Pakistán, Qatar, República Árabe Siria, Somalia, Sudán, Sudán del Sur,*³⁷Túnez, Yemen.

Región del Pacífico Occidental: Australia, Brunei Darussalam, Camboya, China, Fiji, Filipinas, Islas Cook, Islas Marshall,* Islas Salomón, Japón, Kiribati, Malasia, Micronesia (Estados Federados de),* Mongolia, Nauru,* Niue,* Nueva Zelandia, Palau,* Papua Nueva Guinea, República de Corea, República Democrática Popular Lao, Samoa, Singapur, Tonga, Tuvalu,* Vanuatu, Viet Nam.

³⁶ Grupos de países por regiones de la OMS a diciembre de 2012, lo que corresponde al año de referencia más reciente para la mayoría de las estadísticas presentadas en esta publicación. Los Estados Miembros indicados con un * pueden tener datos de periodos anteriores a su pertenencia oficial a la OMS.

³⁷ En mayo de 2013, Sudán del Sur fue asignado de nuevo a la Región de África. Dado que la mayoría de las estadísticas presentadas en esta publicación corresponden a periodos anteriores a mayo de 2013, salvo que se indique otra cosa, los datos de Sudán del Sur se incluyen en las cifras correspondientes a la Región del Mediterráneo Oriental.

II. Grupos de países según los ingresos³⁸³⁹

Ingresos bajos: Afganistán, Bangladesh, Benin, Burkina Faso, Burundi, Camboya, Chad, Comoras, Eritrea, Etiopía, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haití, Kenya, Kirguistán, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mozambique, Myanmar, Nepal, Níger, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Popular Democrática de Corea, República Unida de Tanzania, Rwanda, Sierra Leona, Somalia, Sudán del Sur, Tayikistán, Togo, Uganda, Zimbabwe.

Ingresos medianos bajos: Armenia, Bhután, Bolivia (Estado Plurinacional de), Cabo Verde, Camerún, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Egipto, El Salvador, Filipinas, Georgia, Ghana, Guatemala, Guyana, Honduras, India, Indonesia, Islas Salomón, Kiribati, Lesotho, Marruecos, Mauritania, Micronesia (Estados Federados de), Mongolia, Nicaragua, Nigeria, Pakistán, Papua Nueva Guinea, Paraguay, República Árabe Siria, República de Moldova, República Democrática Popular Lao, Samoa, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sri Lanka, Sudán, Swazilandia, Timor-Leste, Ucrania, Uzbekistán, Vanuatu, Viet Nam, Yemen, Zambia.

Ingresos medianos altos: Albania, Angola, Argelia, Argentina, Azerbaiyán, Belarús, Belice, Bosnia y Herzegovina, Botswana, Brasil, Bulgaria, China, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, Ex República Yugoslava de Macedonia, Fiji, Gabón, Granada, Hungría, Irán (República Islámica del), Iraq, Islas Cook**, Islas Marshall, Jamaica, Jordania, Kazajistán, Líbano, Libia, Malasia, Maldivas, Mauricio, México, Montenegro, Namibia, Nauru**, Niue**, Palau, Panamá, Perú, República Dominicana, Rumania, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Serbia, Seychelles, Sudáfrica, Suriname, Tailandia, Tonga, Túnez, Turkmenistán, Turquía, Tuvalu, Venezuela (República Bolivariana de).

Ingresos altos: Alemania, Andorra, Antigua y Barbuda, Arabia Saudita, Australia, Austria, Bahamas, Bahrein, Barbados, Bélgica, Brunei Darussalam, Canadá, Chile, Chipre, Croacia, Dinamarca, Emiratos Árabes Unidos, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estados Unidos de América, Estonia, Federación de Rusia, Finlandia, Francia, Grecia, Guinea Ecuatorial, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Japón, Kuwait, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Nueva Zelandia, Omán, Países Bajos, Polonia, Portugal, Qatar, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Checa, República de Corea, Saint Kitts y Nevis, San Marino, Singapur, Suecia, Suiza, Trinidad y Tabago, Uruguay.

³⁸ World Bank analytical income classification of economies for fiscal year 2014 (julio de 2013). Washington, DC, Banco Mundial, 2013 (<http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/OGHIST.XLS>).

³⁹ Los Estados Miembros marcados con ** se han clasificado en los grupos de ingresos según su producto interior bruto

Anexo 2 Gasto en salud en el Mundo, Informe Organización Mundial de la Salud (OMS)

	Porcentaje de gastos en salud																Gasto en salud per capita							
	Gasto total en salud como % de PIB		Gasto del gobierno general en salud como		Gasto privado en salud como % del gasto		Gasto de gobierno general en salud como		Recursos externos para la salud como % del		Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto del gobierno		Gasto directo de los hogares como % del		Planes de prepago privados como % de		Gasto total en salud per capita al tipo de cambio		Gasto total en salud per capita en dólares		Gasto de gobierno en salud per capita al tipo		Gasto del gobierno en salud per capita en	
	2000	2011	2000	2011	2000	2011	2000	2011	2000	2011	2000	2011	2000	2011	2000	2011	2000	2011	2000	2011	2000	2011	2000	2011
Región de la OMS																								
Región de África	5,6	6,2	43,5	48,3	56,5	51,7	8,7	9,7	6,5	11,8	8,2	8,0	56,2	56,6	34,6	31,7	35	99	89	158	15	49	39	76
Región de las Américas	11,5	14,1	45,0	49,5	55	50,5	14,7	18,1	0,1	0,1	67,2	71,9	32,3	30,1	53,7	56,5	1879	3482	2013	3542	838	1726	905	1754
Región de Asia Sudoriental	3,6	3,7	32,0	36,7	68,8	63,3	7,3	8,7	0,8	1,5	13,2	13,6	88,9	84,3	2,4	5,2	20	69	61	142	6	26	20	52
Región de Europa	7,9	9,0	74,2	73,9	25,8	25,8	14,0	14,9	0,1	0,1	52,5	51,3	67,0	68,8	22,6	20,9	931	2370	1207	2311	703	1782	895	1709
Región del Mediterráneo Oriental	4,1	4,2	48,1	51,0	51,9	49,0	7,4	7,4	1,0	1,1	18,3	23,7	88,2	88,9	5,6	7,0	93	195	173	327	46	107	83	166
Región del Pacífico Occidental	5,9	6,6	63,9	65,0	36,1	34,9	13,6	14,8	0,2	0,1	68,1	69,1	86,1	78,4	7,2	9,6	286	679	293	710	208	472	187	461
Grupo de ingresos																								
Ingresos bajos	4,0	5,2	40,5	38,9	64,0	61,1	8,4	9,2	14,0	28,9	1,9	4,3	84,1	76,2	1,3	1,5	10	30	28	64	4	11	11	25
Ingresos medianos bajos	4,1	4,4	33,7	36,6	66,3	63,4	7,1	8,1	2,4	2,3	15,0	16,4	89,6	87,1	2,6	4,4	25	82	76	163	8	31	26	60
Ingresos medianos altos	5,4	5,8	47,2	56,2	52,8	43,8	8,8	11,8	0,6	0,4	43,1	50,3	80,2	74,2	15,7	17,2	112	408	224	586	53	226	106	330
Ingresos Altos	9,8	11,9	59,3	61,3	40,7	38,6	15,3	17,0	0	0	62,7	65,4	38,5	37,6	47,5	49,0	2253	4586	2370	4319	1334	2875	1405	2648
Mundial	8,2	9,1	56,3	58,8	43,7	41,1	13,6	15,2	0,3	0,4	58,8	60,6	49,5	49,7	38,6	38,2	485	1007	568	1053	280	613	320	619

Fuente: OMS, 2014 Estadísticas Mundiales

Anexo 3 Hitos de la salud en Chile ⁴⁰

- En 1552 se funda el primer hospital, en el territorio que luego conformaría la República de Chile.
- En 1805 se inicia vacunación a nivel nacional.
- En 1808 se realiza la primera campaña de difusión a nivel nacional del proceso de inmunización, por parte de la Junta Central de Vacunas.
- En 1832 se crea la Junta de Directores de Hospital y Casas de Expósitos.
- En 1842 se crea la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y comienza el desarrollo propiamente tal de la medicina en Chile, a través del estudio de las enfermedades endémicas existentes y el mejoramiento de la higiene pública y doméstica.
- En 1886 se crea mediante Reglamento Orgánico- la Junta de Beneficencia, con el objetivo de dar unidad administrativa a los establecimientos sanitarios.
- En 1887 se crea la Junta General de Salubridad para asesorar al gobierno en materias de Salud Pública.
- En 1891 se hace responsable de la higiene pública y estado sanitario de la comuna a las municipalidades.
- En 1892 se renombra la junta como Consejo de Higiene Pública y mantiene su objetivo de asesorar al gobierno en materias de Salud Pública.
- En 1917 se crea el Consejo Superior de Beneficencia, cuyo objetivo es dar unidad técnica a todos los hospitales del país.
- En 1918 se publica el primer Código Sanitario donde aparece la figura de una autoridad unipersonal con facultades ejecutivas. Establece la Dirección General de Sanidad y la creación de organismos sanitarios en cada zona de salubridad.
- En 1924 se crea el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social. Se organiza la Caja de Seguro Obrero para cubrir los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte.
- En 1925 surge la Junta Central de Beneficencia, entidad autónoma con recursos técnicos y financieros.
- En 1937 comienza la distribución gratuita de leche a los menores de dos años.
- En 1938 la Ley 6.174 establece los principios de la medicina preventiva, al plantear la realización de exámenes sistemáticos de salud a los trabajadores.

⁴⁰ Fuente Ministerio de Salud de Chile: http://web.minsal.cl/hitos_salud_chilena

- En 1942 aparece la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (PROTINFA) como resultado de la fusión del Departamento Central de la Madre y el Niño; con el Departamento de Sanidad Escolar. También se crea el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) cuando se fusionan los departamentos de salud del conjunto de Cajas de Previsión de Empleados Públicos y Privados. Su objetivo es prestar acciones de prevención.
- En 1952 se promulga la Ley 10.383 que establece el Sistema Nacional de Salud (SNS), organismo encargado de la protección de la salud para toda la población y del fomento y recuperación de la salud de los obreros, esposa e hijos hasta los 15 años. Para su creación se fusionaron la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social; el Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero, el Servicio Nacional de Salubridad, la Dirección General de Protección a la Infancia y a la Adolescencia; la sección técnica de Higiene y Seguridad Industrial de la Dirección General del Trabajo; los servicios médicos y sanitarios de las municipalidades; y el Instituto Bacteriológico de Chile.
- En 1958 se crean las Mutuales de Seguridad para la protección de trabajadores contra riesgos y consecuencias de accidentes del trabajo.
- En 1968 la Ley 16.744 de Accidentes y Enfermedades Profesionales consolida a las Mutuales de Seguridad, ya que las faculta para captar fondos, además de que les permite organizar y administrar un mecanismo de atención integral en accidentes del trabajo.
- En 1979 se fusionan el SNS y SERMENA, con lo cual se reorganiza el Ministerio de Salud. Se crean los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST) y el Instituto de Salud Pública (ISP). La nueva institucionalidad permite el acceso a beneficios a sistema de libre elección.
- En 1980 una serie de decretos con fuerza de ley concretan el proceso de municipalización del sector primario y crean los Consultorios de Atención Primaria, dependientes de las municipalidades. Se reforma el sistema previsional de pensiones y salud. Comienza la cotización obligatoria del 4% de las remuneraciones para salud.
- En 1981 se crean las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), entidades privadas con sistemas de libre elección que otorga prestaciones y beneficios de salud a sus afiliados.

- En 1985 las leyes 18.418 y 18.469 crean el Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios. Se reorganiza el sector público en modalidades de atención institucional y libre elección. Se elimina la diferencia entre régimen de salud y calidad previsional. Establece el aporte financiero según capacidad económica y el acceso libre e igualitario a acciones de salud.
- En 1986 la Ley 18.566 permite un 2% de cotización adicional que se puede descontar de impuesto.
- En 1987 la Ley 18.675 aumenta las bases imponibles para el cálculo de cotización previsional para el sector público.
- En 1988 se fija la cotización del 7% para pensionados del régimen antiguo.
- En 1990 la Ley 18.933 crea la Superintendencia de ISAPRES y modifica la legislación de dichas instituciones.
- En 2000 el gobierno del Presidente Ricardo Lagos se fija como meta realizar una profunda y modernizadora reforma del sector Salud.
- En 2002 se envían al Congreso Nacional los cinco proyectos de ley que en su conjunto conforman la Reforma de Salud.
- En 2005 entra en vigencia la nueva Ley de Autoridad Sanitaria y la Ley de Garantías Explícitas en Salud (AUGE), pilares fundamentales del nuevo sistema de Salud chileno.

Anexo 4 Enfoque conceptual para diseño de organizaciones

Para sistematizar y poder generar componentes estandarizados de análisis en los estudios EPH, se ha considerado necesario describir aquellos enfoques de fácil comprensión y aplicabilidad en salud, conjugando criterios y componentes relevantes a ser analizados en los estudios respectivos. Un componente relevante a dejar en consideración es que en la actualidad la información disponible permite ver que existen enfoques más avanzados tales como las organizaciones en trébol u organizaciones de alta flexibilidad que se ajustan en función de la contingencia y particularidad de las organizaciones. Sin embargo, por su complejidad se ha considerado no describirlas, más aun cuando hoy en día se cuestiona hasta los organigrama, los que se usan como criterio referencial ya que constantemente debe ajustarse a nuevos desafíos o problemas que enfrentan las organizaciones en el medio bajo enfoques globales quedando rápidamente obsoleto.

AUTOR	SUPUESTOS DEL ENFOQUE	VARIABLES DEL DISEÑO	DESCRIPCIÓN DE ANÁLISIS PARA EL DISEÑO
Alchian y Demsetz (1972)	a) Comportamiento oportunista de los miembros de la organización. b) Necesidad de supervisión estricta y exhaustiva. c) Forma en la cual deben ordenarse los incentivos del supervisor.	1.- Supervisión estricta, correspondiente a un diseño de organización centralizada. 2.- Relación autoritaria entre un superior y un subordinado.	Existe una tendencia universal a rehuir el esfuerzo, y que está es una cuestión que puede remediarse mediante un sistema de recompensas y una supervisión estricta.

William Ouchi (1980)	a. Capacidad de medición y control de los resultados de una actividad. b. Convergencia y divergencia entre objetivos individuales y un objetivo organizativo común.	1.- Diversidad o incongruencia entre los objetivos 2.- Ambigüedad en la valoración de los resultados.	Se debe considerar una forma de organización basada en valores y objetivos comunes. Los diferentes intereses y diferentes tipos de actividad requieren diferentes formas organizativas.
----------------------	--	--	--

AUTOR	SUPUESTOS DEL ENFOQUE	VARIABLES DEL DISEÑO	DESCRIPCIÓN DE ANÁLISIS PARA EL DISEÑO
Galbraith y Kazanjain (1986)	Se plantea la conexión existente entre variables o grupos de variables y la estrategia de la empresa.	ESTRATEGIA. 1.- Tarea: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incertidumbre. ▪ Diversidad. ▪ Interdependencia. 2.- Personas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reclutamiento. ▪ Traslados, promoción. ▪ Entrenamiento y desarrollo. ▪ Estilos de liderazgo. 3.- Sistemas de incentivos. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Compensaciones. 	Los autores señalan como en su mayoría que la organización debe seguir a la estrategia para obtener como resultado rendimientos satisfactorios. Junto a ello considera 5 las variables de análisis de carácter cualitativo como cuantitativo del funcionamiento orgánico. Cabe destacar en relación a los otros autores el énfasis que le dan: a las personas, los sistemas de

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoción. ▪ Diseño de puestos. ▪ Premios especiales. ▪ Medidas de rendimiento. <p>4.- Procesos de información y decisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Planificación y control. ▪ Sistemas de asignación de recursos. ▪ Puesto y departamentos integradores. ▪ Sistemas de información. <p>5.- Estructura:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ División del trabajo ▪ Departamentalización. ▪ Forma. ▪ Distribución del poder. <p>RENDIMIENTO</p>	<p>incentivos y los procesos de información y de decisión. Tres aspectos normalmente debitados en los Establecimientos de salud o fragmentados para el caso de los sistemas de información y medios de planificación.</p>
--	--	--	---

AUTOR	SUPUESTOS DEL ENFOQUE	VARIABLES DEL DISEÑO	DESCRIPCIÓN DE ANÁLISIS PARA EL DISEÑO
Mintzberg (1979)	Existen cuatro grupos de variables, denominados parámetros de diseño.	<p>1.- Diseño de puestos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Especialización del cargo. ▪ Formalización del comportamiento. ▪ Preparación y adoctrinamiento. <p>2.- Diseño de la superestructura.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Agrupación de unidades. ▪ Tamaño de la unidad. <p>3.- Diseño de los enlaces laterales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistemas de planificación y control. ▪ Dispositivos de enlace. <p>4.- Diseño del sistema de toma de decisiones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Descentralización vertical. ▪ Descentralización horizontal. 	<p>Minzberg plantea que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El diseño organizativo debe seguir a la estrategia, por ello su determinación pasa en función de la estrategia definida desde el servicio y de ahí a los establecimientos y sus áreas de trabajo relevantes (tensión abierta, cerrada, urgencia y servicios de apoyo), considerando lo que él llama superestructura. ▪ Junto a lo anterior recomienda dar énfasis en la agrupación de unidades como proceso productivos, así como dimensionar en este el tamaño razonable posible de gestionar.

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para ello complementa con lo componentes de enlace (sistemas de planificación y control y redes de apoyo que deben fluir con rapidez dentro de la organización), visualizando por ende instancias de apoyo debiera depender de la alta dirección, constituyéndose como “el cerebro de la organización”. ▪ Respecto de la toma de decisiones la propuesta de manejo de poder debe guardar estrecha relación con los objetivos definidos a la unidad. Generando instancias de descentralización en manejo financiero, de recursos y de resultados, en especial de aquellas
--	--	--	---

			actividades que no generan valor para la alta dirección.
--	--	--	--

ENFOQUE – MODELO HEURÍSTICO DE DISEÑO ORGANIZATIVO.

DESCRIPCIÓN DEL MODELO	VARIABLES DEL DISEÑO
<ul style="list-style-type: none"> • Intenta proporcionar, de forma ordenada, los conceptos que permiten interpretar y comprender los contenidos y las interrelaciones más relevantes del diseño. • Intenta enfatizar en la importancia del ajuste, entre las variables de diseño y de éstas con las variables de comportamiento. • La empresa elige dónde (en qué sector) va a competir, y cómo (con qué tecnología, en qué segmento de mercado) va a competir. 	1.- Tareas/proceso productivos. 2.- Estructura. 3.- Proceso de información- Decisión. 4.- Diseño de puestos de trabajo. 5.- Políticas del personal. 6.- Sistema de medición, evaluación y control. 7.- Sistema de recompensas. 8.- Socialización y valores comunes. 9.- Organización informal.

Por las características de los procesos tras el análisis de los diseños organizacionales se ha, se ha optado por el modelo heurístico de diseño organizativo, que permite considerar en términos operacionales variables de mejor comprensión para los equipos locales.

PROPUESTA METOLÓGICA PARA EL DESARROLLO DE TALLERES DE DIAGNÓSTICO FUNCIONARIOS Y USUARIOS.
--

I. COMPONENTES A DESCRIBIR

La siguiente es la propuesta de contenido que tendrán los talleres de trabajo a elaborar.

1. Objetivos.
2. Grupos de trabajo.
3. Recursos y Materiales para los talleres.
4. Etapas y metodología.

II. DESARROLLO DE PROPUESTA DE TRABAJO

1. Objetivos del taller:

- Obtener un diagnóstico FODA de cada grupo de actores ligados al establecimiento. (funcionarios, Usuarios).

2. Grupos de trabajo:

- Seleccionar un mínimo de 10 y máximo de 20 integrantes por grupo de trabajo siendo estos:
 - -Médicos
 - -Enfermeras y matronas
 - -Otros profesionales (enfermeras, matronas, tecnólogos médicos, ingenieros)
 - -Administrativos y auxiliares.
 - -Usuarios.

3. Materiales a utilizar:

A. Papeles DE 4 COLORES del tamaño de ½ hoja carta para las respuestas de los integrantes de preferencia colores claros:

VERDE AGUA: FORTALEZAS.

AMARILLO: DEBILIDADES.

CELESTE: OPORTUNIDADES

NARANJO: AMENAZAS

(CUATRO PAPELES POR CADA PERSONA SEGÚN EL TEMA DONDE QUEDEN).

- B. Plumones suficientes para los integrantes.
- C. Pizarra donde pegar las conclusiones de los grupos.
- D. Identificador con el nombre del integrante.
- E. Para conclusiones del plenario: Papelógrafo grande o Transparencia y lápiz para transparencia o un pc portátil si hay para cada grupo.

4. Etapas y metodologías:

1	INSCRIPCIÓN SELECCIÓN GRUPOS	Y DE	a) A la llegada registre a la persona en lista de asistencia con nombre y firma de cada integrante. b) Entregue en forma correlativa el set de materiales según orden de llegada de las personas (la 1 verde, 2, amarillo, 3 celeste, 4 naranjo, 5 verde, etc.), esto permitirá evitar los grupos afines. No les indique que significa cada color. Entregue 4 papeles por persona del color que corresponda. c) Entregue la identificación con el nombre y péguela a la altura del corazón.
2	PRESENTACIÓN EXPLICACIÓN DEL TALLER.	Y DEL	a) Explicar los objetivos del taller: <ul style="list-style-type: none">• Explicación en general el proceso de acreditación para hospital autogestionado.• Explicar que esta jornada se inserta en la construcción del plan estratégico y que el proceso de participación de los diferentes actores es uno de los elementos claves que queremos incorporar en las propuestas que luego que sean definidas se presentarán a los diferentes actores que participen y se difundirá en la pagina web.• Explicar que durante los próximos meses se les solicitará al personal del establecimiento antecedentes para complementar exigencias de la acreditación solicitándoles la mayor colaboración posible.• Solicitar que los integrantes respondan con franqueza, claridad y en forma acotada las

		<p>preguntas que se les plantee.</p> <ul style="list-style-type: none"> En cada grupo se incorporará un “facilitador”, alguien del equipo de trabajo excluyendo al director y los subdirectores ya que su presencia puede limitar las opiniones. Esta persona tendrá como rol: <ul style="list-style-type: none"> i. Controlar y recordar los tiempos. ii. Acotar los comentarios largos (a 1 o 2 minutos por persona). iii. Complementar lo que se discuta preguntando la opinión de los que no han hablado, facilitando la participación de todos los integrantes. iv. NO PODRÁ POR NINGÚN MOTIVO OPINAR SOBRE ALGÚN TEMA O DESCALIFICAR UNA OPINIÓN. EL TALLER, NO ES PARA ÉL Y SOLO DEBE “FACILITAR LAS OPINIONES DE LOS INTEGRANTES”. Lo que puede hacer es orientar la respuesta evitando LAS EXPRESIONES, “NO ES ASÍ”, “ESTÁ EQUIVOCADO”, “ESO ES INCORRECTO”, ETC” O JUSTIFICAR UNA OPINIÓN DEL GRUPO.
3	EXPLICACIÓN METODOLÓGICA	<p>a) Se constituirán 4 grupos según los colores entregados donde cada uno trabajará uno de los temas del FODA. Para tal efecto entenderemos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> FORTALEZA Y DEBILIDADES: DIAGNÓSTICO INTERNO AL ESTABLECIMIENTO. (MIRAR ADENTRO) <ul style="list-style-type: none"> i. Ej.: Debilidades de infraestructura. ii. En este análisis identifiquen con claridad “La causa” iii. Por ejemplo “el personal esta desmotivado”, la causa: (a parte del sueldo) no se preocupa el establecimiento cuando uno se enferma. <p>Las áreas donde ubicarlas son :</p> <ul style="list-style-type: none"> -INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS. -PROCESOS DE ATENCIÓN. -ASPECTOS FINANCIEROS.

		<p>-ASPECTOS DE RECURSOS HUMANOS.</p> <p>-ASPECTOS DE ATENCIÓN AL USUARIO.</p> <p>-ASPECTOS DE GESTIÓN.</p> <ul style="list-style-type: none"> • AMENAZAS Y OPORTUNIDADES. AL DIAGNÓSTICO EXTERNO DEL ESTABLECIMIENTO (MIRAR HACIA FUERA) <ul style="list-style-type: none"> - Un ejemplo de amenaza es “que el sector privado se está llevando a los funcionarios del establecimiento, generando alta rotación”. - Un ejemplo de oportunidad: “con el cobre alto existe la oportunidad de implementar proyectos de inversión”. <p>LAS OPORTUNIDADES Y AMENAZAS SE OBTIENEN DEL ANÁLISIS DE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS O PÚBLICAS. - ASPECTOS DE TECNOLOGÍA. - ASPECTOS ECONÓMICOS. - ASPECTOS SOCIALES O CULTURALES. <p>b) El taller tendrá una duración de 30 a 45 minutos más 15 minutos de presentación de los resultados. La propuesta operativa según los tiempos es la siguiente.</p>
4	OPERATORIA DE LOS GRUPOS	<p>a) Constituya los grupos en cantidades equilibradas, siendo cada uno un componente del FODA.</p> <p>RESPUESTA INDIVIDUAL (5 a 10 minutos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada integrante del grupo deberá escribir 4 opiniones personales que permitan responder la siguiente pregunta según el grupo • ¿Cuáles cree usted que son las principales debilidades (Fortalezas, oportunidades o amenazas según el grupo) del establecimiento hoy en día? • Cada integrante debe escribir 1 respuesta en cada Hoja de respuesta (No colocar dos o mas respuestas en 1 sola hoja, salvo que sean similares. Ej.: oficina chica, infraestructura

		<p>mala, problemas de calefacción, todas estas son de “recursos físicos deficientes”).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tendrá que escribir en las hojas entregadas de color. (Si un integrante le solicita más hojas, puede entregárselas). <p>TRABAJO GRUPAL (20 a 35 minutos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luego de que cada uno respondió, estas se las entregará al facilitador, sin que el resto las vea, para así garantizar reserva. • El facilitador leerá cada respuesta de tal forma que en grupo pueda opinar, validar y ordenar prioritariamente las respuestas entregadas. En el caso que en la discusión aparezcan otras, el facilitador puede agregarlas en la lista de prioridades. (SE RECUERDA QUE ÉL NO PUEDE OPINAR NI EMITIR JUICIOS AUNQUE LA TENTACIÓN LO LLEVE A ELLO, SOLO PUEDE ACLARAR DUDAS). • El resultado es una lista priorizada de temas analizados por el grupo. • El facilitador debe retirar todo el material para que sea digitado. <p>PRESENTACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada grupo seleccionará un representante que haga la presentación del grupo UTILIZANDO EL MATERIAL PARA ELLO DISPONIBLE.
--	--	---

INFORME RESULTANTE

TEMA

MARCAR

FORTALEZA	
DEBILIDAD	
AMENZA	
OPORTUNIDAD	

ORDENAMIENTO DE RELEVANCIA DEL GRUPO.

N	DESCRIPCIÓN	COMENTARIO O SUGERENCIAS
1		
2		
3		
4		
5		

6		
7		

ENCUESTA Y TABULACIÓN DE DATOS DE DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL

El presente cuestionario se ha elaborado con el fin de que los equipos directivos (y cuando corresponda los estamentos) puedan responder como parte del proceso de diagnóstico organizacional.

Por ello la forma explícita, clara y sincera con la cual enfrenten la respuesta jugará un rol determinante al momento de definir el adecuado funcionamiento del hospital en el futuro. Bajo ese contexto no existen respuestas buenas, malas, tontas o locas, al contrario, todas las respuestas serán tomadas con la seriedad que corresponde, quedando en claro que el único error que no pueden cometer es no opinar.

- ❖ TODAS LAS PREGUNTAS SON PARA NIVELES DIRECTIVOS.
- ❖ LAS PREGUNTAS 4, 6, 7, 8, SON PARA LOS DIFERENTES ESTAMENTOS.

1. Sistemas de Información:
 - a. ¿Cuáles son los reportes actuales con que cuenta? (Para Director hospital, jefe servicios, jefes unidades)
 - b. ¿Cuáles son los reportes que cree usted necesario debe tener para gestionar de mejor forma?
 - c. ¿Con que frecuencia en tiempo dispone de dichos reportes y con que frecuencia desearía tenerlos?
 - d. ¿Cree usted que los datos de sus reportes son 100% confiables?
 - e. ¿Maneja usted computación? ¿Cree usted que puede aprender si no maneja computación y sacar sus propios reportes?
2. Niveles de autoridad de los equipos directivos (Director del hospital, Jefe de servicio, jefe de unidad):
 - a. ¿Cuáles son las atribuciones que tiene usted en...?
 - i. Manejo del personal.
 - ii. Manejo de recursos físicos y equipos.
 - iii. Manejo de recursos financieros.
 - b. ¿Cuáles son las atribuciones que efectivamente utiliza.?
 - c. ¿Por qué no utiliza atribuciones con que cuenta?
 - d. ¿Cuáles son las atribuciones que debiera tener en su cargo?

3. Sistemas de planificación:
 - a. ¿Cómo realiza el proceso de planificación de su unidad?
 - i. Qué planifica.
 - ii. Dónde lo registra.
 - iii. Cómo evalúa los resultados.
 - b. ¿Maneja presupuestos de la unidad detallados? Si es así ¿a qué nivel de detalle?
 - c. ¿Cómo son asignados los recursos a su unidad para el funcionamiento anual?
 - d. ¿Qué sugerencias haría para asignar de mejor forma los recursos?
 - e. ¿Está de acuerdo en desarrollar una planificación basada en objetivos que combinen productividad, eficiencia en el gasto y satisfacción laboral?
4. Sistemas de incentivos:
 - a. ¿Cuáles son los incentivos que visualiza usted existen para el cumplimiento del buen desempeño de su trabajo?.
 - b. ¿Cuáles cree usted que son incentivos factibles de implementar en su unidad que no necesariamente guarda relación con mejoras de sueldos, pero si guardan relación con usted y su familia?
5. Coordinación y colaboración:
 - a. ¿En qué ámbitos y de qué forma coordina su trabajo con las otras unidades que labora (mencione las unidades con las que se coordina)?
 - b. ¿Cuáles son los periodos que más requiere de colaboración de sus colegas de la unidad o de las otras unidades?
 - c. ¿Con qué frecuencia se reúne con su equipo de trabajo?
 - d. ¿Cuáles son los principales temas que tocan en las reuniones?
6. Respecto de problemas de funcionamiento:
 - a. Si usted tuviera que priorizar tres problemas que entorpecen el funcionamiento de su unidad y por ende la entrega de un buen servicio a los pacientes ¿cuáles cree usted que son?
7. Resolución de conflictos y problema:
 - a. ¿Cuáles son las instancias que utiliza usted para plantear problemas personales y asociados al funcionamiento de la organización?
 - b. Si no existiesen ¿cuál cree usted que debiera ser esa instancia?
8. Recomendaciones de mejoras:
 - a. ¿Cuáles cree usted pueden ser algunas de las propuestas (no necesariamente económicas) que haría como estamento para mejorar?
 - i. Los problemas que usted menciona en el tema anterior.
 - ii. La atención a los usuarios.
 - iii. La satisfacción de los funcionarios.
 - iv. Su propia satisfacción y la de su familia.

Anexo 5 (Continuación)

INSTRUMENTOS DE CLIMA Y DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL
(INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN)⁴¹

(1) IDENTIFICACIÓN DEL PERFIL INDIVIDUAL

FOLIO:

Edad		(Años cumplidos)
Sexo		(Mujer=M; Hombre=H)

Nombre completo del establecimiento en que trabaja	
--	--

Antigüedad		(Número de años que trabaja en el establecimiento)
Educación		(Cuál fue el último año que aprobó)

Servicio o unidad a la que pertenece		(En el organigrama interno)
Cargo o puesto		(Sea específico)
Tipo de contrato		Titular, reemplazante u otro

Tiempo de permanencia en el cargo		(Especifique meses o años)
Última (Evaluación) calificación en este cargo		(Puntaje o nota exacta)

¿Fue capacitado para desempeñar este puesto?		(Responda: Sí o No)
¿Cuándo fue su última capacitación?		(Especifique meses o años)

⁴¹ Responsable técnico de preparación de instrumento, Dr. Jorge Gibert

CALIFIQUE SU ACTUAL PUESTO Y LAS CONDICIONES PARA SU DESEMPEÑO. MARQUE CON UNA CRUZ EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE. UTILICE LA SIGUIENTE ESCALA:

- 1= El calificativo a la izquierda representa exactamente mi situación
 2= El calificativo a la izquierda representa mi situación
 3= Ninguno de los dos calificativos representa mejor que el otro mi situación
 4= El calificativo a la derecha representa mi situación
 5= El calificativo a la derecha representa exactamente mi situación

Calificativo izquierda	1	2	3	4	5	Calificativo derecha
Pocas funciones						Demasiadas funciones
Horario o turno incómodo						Horario o turno cómodo
Jornada laboral muy larga						Jornada laboral adecuada
Las tareas son relajadas						Las tareas son exigentes
Recursos insuficientes						Recursos adecuados
No tengo material adecuado						Tengo material adecuado
Mi sueldo es menor que lo debido						Mi sueldo es adecuado
Mi lugar de trabajo es incómodo						Mi lugar de trabajo es grato
No tuve capacitación						La capacitación fue adecuada
Mi cargo es improductivo						Mi cargo es muy productivo
Es difícil hacer mejor la tarea						Se podría hacer mejor la tarea
No tengo apoyo para hacerlo mejor						Poseo apoyo para hacerlo mejor
Mis compañeros de trabajo son inútiles, no me ayudan						Mis compañeros de trabajo son indispensables para mi trabajo
Mi remuneración es baja, tomando en cuenta el carácter del trabajo						Mi remuneración es justa, de acuerdo al carácter del trabajo
Mi tarea es aburrida						Mi tarea es estimulante

EN RELACIÓN AL CARGO O PUESTO QUE UD. OCUPÓ ANTERIORMENTE. RESPONDA SÓLO SI TUVO UN CARGO O PUESTO EN ESTE ESTABLECIMIENTO. SI NO OCUPÓ UN CARGO DISTINTO ANTES AQUÍ, RAYE LA HOJA.

Servicio o unidad a la que pertenecía		(En el organigrama interno)
Cargo o puesto anterior		(Sea específico)
Tipo contrato anterior		Titular, reemplazante u otro

Tiempo de permanencia en el cargo anterior		(Especifique meses o años)
Última calificación en ese cargo anterior		(Evaluación de desempeño)

¿Fue capacitado para desempeñar ese puesto?		(Responda: Sí o No)
---	--	---------------------

CALIFIQUE SU PUESTO ANTERIOR Y LAS CONDICIONES PARA SU DESEMPEÑO. MARQUE CON UNA CRUZ EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE. UTILICE LA SIGUIENTE ESCALA:

- 1= El calificativo a la izquierda representaba exactamente mi situación
2= El calificativo a la izquierda representaba mi situación
3= Ninguno de los dos calificativos representaba mejor que el otro mi situación
4= El calificativo a la derecha representaba mi situación
5= El calificativo a la derecha representaba exactamente mi situación

Calificativo izquierda	1	2	3	4	5	Calificativo derecha
Tenía pocas funciones						Tenía demasiadas funciones
Horario o turno incómodo						Horario o turno cómodo
Jornada laboral era muy larga						Jornada laboral adecuada
Las tareas eran relajadas						Las tareas eran exigentes
Recursos insuficientes						Recursos adecuados
No tuve material adecuado						Tuve el material adecuado
Mi sueldo estaba por debajo de lo que debería haber sido						Mi sueldo era adecuado

Mi lugar de trabajo era incómodo					Mi lugar de trabajo era grato
No tuve capacitación					La capacitación fue adecuada
Mi cargo era improductivo					Mi cargo era muy productivo
Era difícil hacer mejor la tarea					Se podía hacer mejor la tarea
No tuve apoyo para hacerlo mejor					Tuve apoyo para hacerlo mejor
Mis compañeros de trabajo eran inútiles, no me ayudaban					Mis compañeros de trabajo eran indispensables para mi trabajo
Mi remuneración era baja, tomando en cuenta el carácter del trabajo					Mi remuneración era justa, de acuerdo al carácter del trabajo
Mi tarea era aburrida					Mi tarea era estimulante

(2) DISEÑO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO

MARQUE CON UNA CRUZ SEGÚN CORRESPONDA. SI NO POSEE INFORMACIÓN O CONOCIMIENTO SOBRE LO QUE SE AFIRMA, RESPONDA EN EL CASILLERO DEL “NO”.

SECCIÓN I	SÍ	NO
Existe un encargado que se preocupa de que el público sea bien atendido		
Están identificados claramente los problemas de atención al público, tienen un listado de todos los problemas		
Existen equipos de proyecto, donde participan distintas unidades, dedicados a mejorar la atención al público		
Existe la probabilidad de que las mejoras en la atención al público signifiquen recibir incentivos económicos u otros beneficios		
Tienen identificadas las necesidades más urgentes para mejorar la atención al público durante el próximo año		
Existe un presupuesto para implementar una atención al público de mejor calidad o para mejorar la forma en que se pueden hacer las cosas en beneficio del público		
Hay reuniones para ver posibles soluciones a los problemas de atención al público y en ellas participan los jefes y los subordinados (todos)		
Las soluciones que se discuten en esas reuniones se ponen en práctica, se realizan		

intentos para ver si las soluciones sirven para mejorar los procedimientos		
Los jefes y empleados definen juntos las metas u objetivos del servicio		
Todos los funcionarios saben exactamente de quien dependen, quien es su jefe directo		

RESPONDA DE 1 A 7 SEGÚN EL GRADO (1 ES EL GRADO MÍNIMO Y 7 EL GRADO MÁXIMO). RESPONDA SEGÚN SU PERSONAL APRECIACIÓN.

SECCIÓN I	1	2	3	4	5	6	7
¿Cuál es el grado en que el servicio está orientado a brindar la mejor atención posible al público?							

SECCIÓN II	SÍ	NO
Todos los funcionarios conocen cuál es la actividad o servicio principal que presta el establecimiento		
Existen varios servicios de apoyo adecuados para la actividad o servicio principal		
Existen otros servicios de apoyo (cafetería, farmacia, laboratorio, prevención u otros) altamente utilizados por el público		
El público reconoce el valor de los servicios de apoyo (cafetería, farmacia, laboratorio o prevención), y el servicio conoce la valoración del público		
Se sabe qué otros servicios de apoyo podrían ser valorados por el público		

SECCIÓN II	1	2	3	4	5	6	7
¿Cuál es grado de diversificación (cantidad de servicios de apoyo) que tiene el establecimiento?							

SECCIÓN III	SÍ	NO
Los mensajes de los anuncios y folletos del servicio hablan de su compromiso para brindar una buena atención al público		
Las funcionarios que atienden público directamente participan en la elaboración de los folletos y anuncios del servicio.		
Hay información y documentación sobre las prestaciones de salud que está disponible para el público cuando la necesiten		

Se comunica claramente al público las alternativas existentes en caso de que no se pueda realizar la prestación de salud en el establecimiento (derivación)		
La derivación se realiza en un tiempo adecuado, es rápida y ágil		
Publicitan sus prestaciones de salud especiales (por ejemplo, campañas de vacunación) en los medios locales, la radio por ejemplo.		
Tienen un procedimiento para saber si el lenguaje de sus comunicaciones internas y externas es claro y de fácil comprensión para el público		
Siempre contestan el teléfono antes de que suene tres veces		
Todos los empleados (incluso los que no tratan directamente con el público) saben algo sobre atención de público		
Los jefes les piden al personal de atención que les hablen de las necesidades y intereses del público por lo menos una vez al año		
A menudo se pide al público que hagan sugerencias de cómo mejorar la atención		
Se informa al público a donde tienen que llamar o escribir si tienen quejas		
Se tardan menos de dos días en dar respuesta a una carta de queja		
Los funcionarios saben lo que pasa en los otros servicios del establecimiento		
Se realizan reuniones periódicas para ver la marcha del establecimiento y cómo se está atendiendo al público		
Los medios de comunicación (memos, circulares, verbales, reuniones u otras) entre los distintos servicios del establecimiento son adecuados		
La comunicación entre los distintos servicios del establecimiento es directa, sin rodeos, y oportuna (a tiempo)		
Cada cierto tiempo, cada servicio informa al resto de los servicios sobre sus necesidades y preocupaciones al interior del establecimiento		

SECCIÓN III	1	2	3	4	5	6	7
¿Cuál es el grado en que las comunicaciones internas y externas permiten brindar una buena atención al público ?							

SECCIÓN IV	SÍ	NO
Todas las actividades están definidas para beneficiar al público		
Han estudiado las necesidades e intereses que tienen las personas en relación a la atención de público		

Saben cuántas personas atienden diariamente en cada servicio del establecimiento		
Los procesos administrativos: ¿están definidos de acuerdo a la idea que el público necesita procesos rápidos, simples y eficaces ?		
Las tareas cotidianas: ¿están definidas de acuerdo a la idea que el público necesita buenas y rápidas prestaciones de salud, eficaces ?		
El servicio tiene métodos para saber si la atención realmente beneficia al público		

SECCIÓN IV	1	2	3	4	5	6	7
¿Cuál es el grado en que las tareas y procesos se organizan desde el punto de vista del beneficio que recibe el público ?							

SECCIÓN V	SÍ	NO
El sistema informático, responde a las necesidades de información del público		
El sistema hace un seguimiento de detalle de las prestaciones a las que acceden las personas		
La unidad o persona encargada del proceso de datos pregunta o investiga lo que necesitan de informática los distintos servicios del establecimiento		
El sistema informático sirve para facilitar las cosas al público		
El sistema informático tiene los datos de todas las personas que se atienden		

SECCIÓN V	1	2	3	4	5	6	7
¿Cuál es el grado en que el sistema informático ayuda a brindar una buena atención al público ?							

SECCIÓN VI	SÍ	NO
Su servicio, ¿tiene conocimiento de qué tan conformes están las otras unidades respecto a su apoyo o ayuda interna (clientes internos)?		
Su servicio, ¿tienen conocimiento de cuál es la evaluación que hacen de su trabajo las otras unidades?		
Regularmente se controlan a nivel interno varios aspectos visibles de la atención de público (higiene, calefacción, comodidad, filas de espera y otros)		
El público recibe el mismo trato en las diferentes unidades del establecimiento		
Los funcionarios se ponen regularmente “en el lugar del público” para comprobar		

si las prestaciones de salud son buenas		
---	--	--

SECCIÓN VI	1	2	3	4	5	6	7
¿Cuál es el grado en que se conoce con precisión la calidad de la atención al público en el establecimiento ?							

SECCIÓN VII	SÍ	NO
El establecimiento ha participado en el Premio a la Calidad de los servicios públicos que convoca el Comité de Modernización de la Gestión Pública		
Todos conocen la experiencia del hospital San Martín de Quillota		
El establecimiento ha realizado mejoras después de conocer esta experiencia		
La forma en que se realizan las diferentes prestaciones de salud se revisan por lo menos una vez al año, para intentar mejorar la prestación		
Los funcionarios de todos los niveles participan en estas revisiones		

SECCIÓN VII	1	2	3	4	5	6	7
¿Cuál es el grado de aprendizaje del establecimiento de nuevas formas de gestión y atención al público ?							

SECCIÓN VIII	SÍ	NO
Las oficinas o lugares de atención de público son de más fácil acceso que las oficinas administrativas		
Los lugares donde se concentra mayor cantidad de público son espaciosas y funcionales		
Los lugares para atender público cuentan con asientos, basureros, calefacción, baños cerca y otros elementos de higiene y comodidad para el público		
La entrada, pasillos principales y salas de atención de público tienen información suficiente para orientar a las personas		
La oficina de información es lo primero que se encuentra al entrar al establecimiento		
La oficina de información es abierta y se atiende en un mesón a la vista		
Los funcionarios de informaciones y atención de público han sido capacitados para orientar y resolver los problemas de información de las personas		

El personal en contacto con el público sabe como resolver las situaciones difíciles y excepcionales		
Todos los artefactos (médicos y no-médicos) son razonablemente nuevos		
Los asientos que usa el público son ergonómicos y están en buen estado		
Cuando se compran muebles y otros, se compra lo mejor para que el público se sienta cómodo y bien atendido		
Todos los servicios son continuados (la hora de colación no significa parar la atención al público)		
Las tareas administrativas no le impiden atender bien al público (siempre hay tiempo para el público)		
Se cuenta con los recursos materiales mínimos para atender en buena forma		
Desde el momento que la persona entró hasta que se informó de adónde tenía que ir para resolver su problema, el tiempo transcurrido es razonable		
Desde el momento que entró hasta que se informó de adónde tenía que ir para resolver su problema, las personas sólo necesitaron de un informante		
El personal que atiende público conoce las funciones y tareas de todas las unidades del establecimiento		

DISEÑO DE SERVICIO	1	2	3	4	5	6	7
¿Cuál es el grado de organización de los distintos aspectos que hay que tomar en cuenta para que se atienda bien al público?							

(3) CUESTIONARIO DE ASPECTOS GENERALES DE TRABAJO

LEA LA AFIRMACIÓN DE SU IZQUIERDA. MARQUE CON UNA CRUZ EN LA COLUMNA QUE REPRESENTA MEJOR SU OPINIÓN (HAY 4 OPCIONES). ESCOJA SOLO UNA.

	TOTALMENTE DE ACUERDO	RELATIVAMENTE DE ACUERDO	RELATIVAMENTE EN DESACUERDO	TOTAL DESACUERDO
1. En este servicio los trabajos están claramente definidos				

2. En este servicio no se sabe bien quien tiene que decidir las cosas				
3. Aquí se me ha explicado el funcionamiento del servicio : quien tiene la autoridad y cuales son las responsabilidades de cada uno				
4. Aquí hay que cumplir pocos trámites para hacer las cosas				
5. Las ideas nuevas (proponer cambios en la forma de hacer u organizar las cosas), no se toman mucho en cuenta, debido a que existen demasiadas reglas, detalles administrativos y trámites que cumplir				
6. En este servicio trabajamos en forma desorganizada y sin planificación				
7. En algunos de los trabajos que he tenido, no he sabido exactamente quién era mi jefe				
8. En este servicio la administración encuentra más importante que se junten las personas más apropiadas para hacer un trabajo que mantenerlas en sus puestos en forma rígida				
9. En este servicio no se confía mucho en el criterio individual, casi todo el trabajo que hacemos se revisa de nuevo antes de entregarse				
10-. La administración prefiere que, si uno piensa que lo que uno hace				

esta bien siga adelante, en lugar de consultarlo todo con los jefes				
11. En este servicio los jefes dan las indicaciones generales de lo que se debe hacer y se le deja a los trabajadores la responsabilidad sobre el trabajo específico				
12. Uno aquí saldría adelante si se arriesgara y tomara iniciativas propias				
13. Aquí se piensa que las personas deben resolver por si solas los problemas del trabajo y no recurrir para todo a los jefes				
14. Es común que se den muchas disculpas cuando la gente comete un error				
	TOTALMENTE DE ACUERDO	RELATIVA- MENTE DE ACUERDO	RELATIVA- MENTE EN DESACUERDO	TOTAL DESACUERDO
15. Uno de los problemas que tenemos es que la gente no es responsable				
16. En este establecimiento existe un sistema de promoción de modo que los mejores lleguen a los puestos más altos				
17. En este servicio el reconocimiento que se da por las cosas que se hacen bien vale más que las críticas y sanciones que se reciben por las cosas que se hacen mal				
18. En este servicio mientras mejor				

sea el trabajo que se haga, tanto mayor es el reconocimiento que se recibe				
19. Aquí existe demasiada crítica				
20. En este servicio no hay suficiente reconocimiento por el trabajo bien hecho				
21. Aquí al que comete un error se le aplican sanciones				
22. La administración piensa que a la larga es mejor que trabajemos en forma lenta, segura y sin riesgos				
23. Nuestro servicio se ha desarrollado gracias a que se ha arriesgado cuando ha sido necesario				
24. En este servicio se tiene tanto cuidado al tomar las decisiones que no se logra el máximo de efectividad				
25. Nuestra administración esta dispuesta a correr riesgos si es que se le presenta una buena propuesta				
26. Predomina un ambiente de amistad entre la gente de este servicio				
27. Este servicio se caracteriza por un ambiente de trabajo cómodo y relajado				
28. Aquí cuesta mucho llegar a ser amigo de la gente				
29. En este servicio la mayoría de la gente es indiferente hacia los demás				
30. Aquí existen buenas relaciones humanas entre los jefes y los				

trabajadores				
31. Los jefes no son comprensivos cuando uno comete un error				
32. La administración se preocupa por conocer las aspiraciones que uno tiene dentro del establecimiento				
33. Aquí la gente no se tiene confianza				
34. Nuestra administración se preocupa de la parte personal; de cómo se siente la gente, sus problemas, etc.				
	TOTALMENTE DE ACUERDO	RELATIVA- MENTE DE ACUERDO	RELATIVA- MENTE EN DESACUERDO	TOTAL DESACUERDO
35. Cuando tengo que hacer un trabajo difícil, puedo contar con la ayuda de mi jefe y de mis compañeros				
36. Se nos exige un rendimiento muy alto				
37. Nuestra administración piensa que toda tarea puede ser mejor hecha				
38. Continuamente insisten en que mejoremos nuestro trabajo individual y en grupo				
39. La administración piensa que si los trabajadores están contentos, el servicio va a mejorar por sí sólo				
40. Para progresar en este servicio es más importante llevarse bien con la gente que trabajar mucho				

41. Aquí las personas parecen darle mucha importancia al hecho de rendir bien.				
42. La mejor manera de causar una buena impresión aquí es evitar las discusiones y desacuerdos				
43. La dirección del servicio piensa que las discrepancias entre las distintas secciones y personas pueden ser útiles para el hospital				
44. Aquí se nos alienta para que digamos lo que pensamos, aunque estemos en desacuerdo con nuestros jefes				
45. En las reuniones en que se toman decisiones se busca llegar a acuerdos lo más fácil y rápidamente posible				
46. La gente está satisfecha de estar en este servicio				
47. La gente esta motivada con sus respectivos trabajos				
48. Siento que pertenezco a un grupo de trabajo que funciona bien				
49. Hasta donde yo me doy cuenta, existe lealtad hacia el servicio				
50. En este servicio la mayoría de las personas están preocupadas de sus propios intereses				

(4) OPINIONES Y CREENCIAS

Usted tiene aquí 22 afirmaciones y queremos saber que opina usted de ellas. Marque con 1 cruz en el casillero según sí usted está totalmente de acuerdo, relativamente de acuerdo, relativamente en desacuerdo o totalmente en desacuerdo.

	AFIRMACIONES	Totalmen- te de acuerdo	Relativa- mente de acuerdo	Relativa- mente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1.	Creo que seré mal evaluado si pregunto algo de lo que no estoy seguro				
2	Pienso que reconocer mis errores es signo de debilidad				
3	Siento que no es necesario aprender habilidades nuevas en mi trabajo				
4	Creo que siempre se pueden aprender cosas nuevas de mis compañeros de trabajo				
5	Pienso que soy capaz de reconocer mis errores				
6	Siento que en el servicio no es posible aprender porque no están los recursos disponibles para capacitarse				
7	Siento que mi jefe no está capacitado para enseñarme cosas nuevas				
8	Siento que es bueno aprender cosas nuevas pero nunca tengo tiempo para hacerlo				
9	Pienso que siempre debo esforzarme al máximo para lograr mis metas				
10	Siento que lograr mejores resultados que los de mis compañeros es negativo para el grupo				
11	Siento que debo lograr buenos resultados en mi trabajo para lograr éxito personal				
12	Prefiero las metas que me exigen mayor esfuerzo personal que las metas que voy a cumplir fácilmente				

13	En general, hago todo lo que esté a mi alcance para lograr mi éxito personal				
14	Prefiero no aportar muchas ideas nuevas porque me trae problemas entre mis colegas				
15	Me gustaría asumir tareas que significaran mayores responsabilidades personales				
16	Siento que en mi grupo de trabajo es mayor la colaboración que la competencia				
17	Creo que efectuar críticas es bueno para mejorar la efectividad de mi grupo, siempre que las realice con respeto				
18	Los miembros de mi grupo siempre entregan toda la información necesaria en forma honesta				
19	Cuando se hace un trabajo siento que mis compañeros valoran mis aportes				
20	Cuando planteo una petición siento que soy escuchado por los demás				
21	Siento que emitir juicios es bueno, aún cuando no coincidan con el grupo				
22	Siento que cuando reclamo obtengo soluciones a los problemas que planteo				

(5) CULTURA INSTITUCIONAL

Cada pregunta tiene 2 alternativas, a) y b). Usted debe repartir 10 puntos entre a) y b) de cada pregunta. Suponga que usted cree que a) y b) son “verdades a medias”, entonces reparta 5 puntos a la alternativa a) y 5 puntos a la b). Otro ejemplo: suponga que usted está muy convencido de a) y no lo convence nada la alternativa b), entonces, reparta 9 puntos a a) y sólo 1 punto a la alternativa b).

	ALTERNATIVAS	PUNTOS
1.	a) Está en la naturaleza humana que la gente haga tan poco trabajo como pueda	

	b) Cuando la gente evita el trabajo es generalmente porque se le ha quitado el sentido a su trabajo	
2.	a) Si los subordinados tuvieran acceso a cualquier información que quisieran, tenderían a tener mejores actitudes y a asumir más responsabilidades	
	b) Si los subordinados tuvieran acceso a más información de la que necesitan para hacer sus tareas inmediatas, harán mal uso de ella	
3.	a) Un problema que se tiene pidiendo ideas a la gente en cargos subordinados es que su perspectiva es limitada como para que sus sugerencias sean de mucho valor práctico	
	b) Pedir a los subordinados sus ideas les amplía su perspectiva y desarrolla o ayuda a desarrollar sugerencias útiles	
4.	a) Si la gente no usa su imaginación y creatividad en su trabajo, es probable que se deba a que es relativamente poca la gente que tiene mucho de una u otra	
	b) La mayoría de la gente es imaginativa y creativa pero no puede mostrarlo debido a las limitaciones impuestas por quienes supervisan y por las tareas que debe desempeñar	
5.	a) La gente tiende a aumentar sus estándares si ellos son responsables de su propia conducta y de corregir sus propios errores	
	b) La gente tiende a bajar sus estándares si no son castigados por sus conductas erradas e insuficientes	
6.	a) Es mejor dar a la gente tanto las buenas como las malas noticias dado que la mayoría de los subordinados quieren la película completa, sin importar cuán dolorosa sea ella	
	b) Es mejor evitar la comunicación de las noticias desfavorables acerca de la marcha del establecimiento, dado que la gente realmente sólo quiere oír buenas noticias	
7.	a) Dado que un directivo tiene derecho a más respeto que aquellos bajo él en la organización, debilita su posición admitiendo que un subordinado tenga razón y él está equivocado	
	b) Dado que la gente de todos los niveles tiene derecho a igual respeto, el prestigio de un directivo aumenta cuando él apoya este principio admitiendo que un subordinado estaba en la razón y él equivocado	

8.	a) Si usted da a la gente bastante dinero, estarán probablemente menos preocupados de cosas intangibles como la responsabilidad y el reconocimiento	
	b) Si usted proporciona a la gente un trabajo interesante y desafiante, ellos estarán probablemente menos preocupados de cosas tales como el pago y los incentivos económicos (suponiendo que alcanzan un nivel digno para vivir)	
9.	a) Si se permite a la gente que establezca sus propias metas y estándares de desempeño, tenderán a establecerlos más altos de lo que el directivo desearía	
	b) Si se permite a la gente que establezca sus propias metas y estándares de desempeño, tenderán a establecerlos más bajos de lo que el directivo desearía	
10.	a) Mientras más conocimiento y libertad tiene una persona con respecto a su trabajo, más controles se requieren para mantenerlo en línea	
	b) Mientras más conocimiento y libertad tiene una persona con respecto a su trabajo, menos controles se requieren para asegurar su desempeño satisfactorio del trabajo	

(6) ESTILOS DE LIDERAZGO

Suponga que usted es jefe en las 12 situaciones que se indican: ¿Qué haría en cada caso concreto? Seleccione la alternativa del curso de acción que usted tomaría.

1. Sus subordinados no parecen estar respondiendo a su trato y a su obvia preocupación por su bienestar. Por otro lado, su desempeño está decreciendo:
 - a) Usted les enfatiza el uso de procedimientos uniformes y la necesidad de cumplir bien las tareas.
 - b) Se pone a disposición de ellos para discutir el problema, pero sin empujarlos a hacerlo.
 - c) Habla con sus subordinados y entonces fija las metas de trabajo.
 - d) Cuidadosamente evita intervenir.
2. El desempeño observable de su grupo esta creciendo o mejorando. Mientras tanto, usted se ha asegurado de que todos sus subordinados estén conscientes de sus roles y obligaciones.
 - a) Usted se involucra en una interacción amistosa con ellos, pero continúa asegurándose de que todos los subordinados conozcan sus roles y obligaciones.
 - b) No hace nada.

- c) Hace lo que puede para que el grupo se sienta importante e involucrado.
 - d) Enfatiza la importancia de las tareas y plazos
3. Los miembros de su grupo son incapaces de resolver un problema por si mismos. Normalmente, usted los ha dejado actuar solos. Tanto el desempeño de grupo como sus relaciones interpersonales son buenas.
- a) Involucra al grupo y junto con ellos, busca una solución al problema
 - b) Deja al grupo resolver las cuestiones por si solos
 - c) Actúa pronta y firmemente para corregir y re-dirigir la acción del grupo
 - d) Alienta al grupo a trabajar en el problema manifestando estar disponible para discutir las soluciones
4. Usted esta considerando la introducción de un cambio importante en la organización. Sus subordinados han demostrado, hasta ahora, un buen rendimiento, y están abiertos a la necesidad de cambios.
- a) Permite al grupo que se involucre en el desarrollo de los cambios pero sin empujarlos demasiado
 - b) Anuncia los cambios y después los lleva a cabo supervisando muy de cerca el proceso
 - c) Permite que el grupo formule la dirección del cambio según le parezca
 - d) Incorpora las recomendaciones del grupo, pero dirige usted el proceso de cambio
5. El rendimiento de su grupo, ha ido bajando durante los últimos meses. No ha habido mucha preocupación de los subordinados por cumplir los objetivos. Continuamente, ha habido necesidad de recordarles que hagan sus tareas a tiempo. En el pasado, en situaciones similares, una redefinición de roles y obligaciones desde arriba ha sido provechoso.
- a) Permite que el grupo formule su propia actividad
 - b) Incorpora las recomendaciones, pero se preocupa que los objetivos se cumplan
 - c) Redefine usted los objetivos y los supervisa cuidadosamente
 - d) Permite que el grupo se involucre en la fijación de objetivos, pero no los presiona a ellos
6. Usted acaba de tomar la dirección de una organización que ha sido manejada muy eficientemente. Su antecesor supervisaba estrictamente. Ud. Quiere mantener una situación productiva, pero le gustaría comenzar “humanizando el ambiente”.
- a) Hace lo que pueda para que el grupo se sienta importante e involucrado
 - b) Enfatiza la importancia de las tareas y los plazos
 - c) Cuidadosamente se abstiene de intervenir
 - d) Hace que el grupo participe en la toma de decisiones, pero vigila el cumplimiento de los objetivos

7. Usted está considerando la introducción de cambios importantes en la estructura de su organización. Miembros de ella han hecho sugerencias acerca de la necesidad de cambio. El grupo ha demostrado flexibilidad en su diaria operación.
- a) Usted decide el cambio y supervisa estrechamente su implementación
 - b) Obtiene la aprobación del grupo en relación con los cambios y les permite a ellos organizar su ejecución
 - c) Demuestra apertura para introducir los cambios según lo recomiendan, pero mantiene el control de la ejecución
 - d) Evita confrontaciones y deja las cosas tal y como están
8. El desempeño y las relaciones interpersonales de grupo son buenas. Usted se siente un poco inseguro de su falta de conducción del grupo.
- a) No interviene
 - b) Discute la situación con el grupo y entonces, inicia los cambios necesarios
 - c) Toma medidas para dirigir el trabajo de los subordinados de una manera bien definida
 - d) Se muestra cuidadoso en no ser demasiado directivo para no herir las relaciones jefe-subordinado
9. Su superior lo ha designado a usted para dirigir a un grupo que debe sugerir cambios pero el grupo se encuentra muy atrasado en su trabajo. El grupo no tiene muy claro sus objetivos. La asistencia a las sesiones ha sido regular y se han convertido más bien en reuniones sociales. Potencialmente, el grupo tiene la capacidad o talento para ayudar.
- a) Deja que el grupo siga trabajando solo
 - b) Incorpora la recomendaciones del grupo, pero vigila el cumplimiento de los objetivos
 - c) Redefine usted los objetivos del grupo y los supervisa cuidadosamente
 - d) Permite que el grupo se involucre en la fijación de los objetivos, pero no lo presiona a ello
10. Sus subordinados que habitualmente son capaces de asumir responsabilidades no están respondiendo a su creciente redefinición de “estándar” de trabajo.
- a) Permite que el grupo se involucre en la redefinición de los estándares pero no los obliga a ello
 - b) Usted los redefine y los supervisa cuidadosamente
 - c) Evita confrontaciones, sin aplicar ninguna presión
 - d) Incorpora las recomendaciones del grupo, pero supervigila que los nuevos estándares sean aplicados

1. Usted a sido promovido a un nuevo puesto. Su antecesor nunca se involucró en las cuestiones del grupo. El grupo ha manejado adecuadamente sus tareas y la dirección de su acción. Las inter-relaciones del grupo son buenas.
 - a) Toma medidas para dirigir el trabajo de sus subordinados de una manera bien definida
 - b) Involucra a subordinados en la forma de decisiones, y refuerza las buenas contribuciones
 - c) Discute con el grupo su rendimiento anterior y entonces examina con ellos la necesidad de nuevos procedimientos
 - d) Continúa dejando al grupo actuar por si sólo

2. Información reciente indica algunas dificultades internas entre sus subordinados. El grupo ha demostrado un notable buen desempeño anterior. Sus miembros han trabajado eficientemente por lograr los objetivos a largo plazo y lo han hecho en armonía durante el último año. Todos se encuentran bien calificados para realizar sus tareas.
 - a) Discute su propia solución al problema con sus subordinados y examina la necesidad de nuevos procedimientos o prácticas
 - b) Permite que los miembros resuelvan solos sus problemas
 - c) Actúa pronta y firmemente para corregir y redefinir la acción del grupo
 - d) Se muestra disponible, para discutir la solución, pero es cuidadoso en no herir las relaciones con sus subordinados.

Anexo 5. (Continuación)

CUESTIONARIO DE ANÁLISIS DE PUESTOS

Institución :

Nombre del Funcionario :

Fecha :

I. Identificación del Puesto

1. Nombre del Puesto :
2. División o Sección a la que pertenece :
3. Supervisor Directo :

II. Descripción

- Descripción del puesto (Describa las principales responsabilidades que tiene su puesto de trabajo).

- Actividades desempeñadas (Describa cronológicamente durante una semana normal las actividades que usted desarrolla durante su jornada de trabajo).

III. Deberes y Obligaciones

- 1.- Las tareas de este puesto se clasifican primordialmente como de carácter: (directivo, técnico, Administrativo, operativo).
- 2.- Elabore una lista con las principales tareas diarias que realiza e indique el porcentaje de tiempo que cada una requiere:
- 3.- Elabore un listado de las tareas secundarias que se realizan en este puesto, e indique el porcentaje de tiempo que cada una requiere (Considere tareas diarias, semanales, mensuales u otra)

III. Responsabilidades

- 1.- Especifique las responsabilidades adscritas a este puesto y su importancia porcentual

___% Materiales y equipos.
___% Métodos y procedimientos.
___% Supervisión del personal.
___% Dinero y Documentación
___% Información Confidencial.
___% Seguridad de terceros.
___% Contacto personal interno.
___% Contacto personal externo

V. Requisitos para el puesto

Si tuviera que definir los requisitos mínimos para el cargo, cuales serían estos respecto de:

Requisitos Intelectuales:

Requisitos Físicos:

Requisitos Técnico Relevante:

Anexo 6 Criterios referenciales para optimización.

(Estos criterios fueron trabajados con los equipos técnicos del Ministerio de Salud, los que se incorporaron como referencia para los hospitales rediseñados)

ÁREA DE TRABAJO		COMPONENTES	CRITERIOS REFERENCIALES
ÁREA DE PRESTACIONES	URGENCIA	Consultas por Box.	<ul style="list-style-type: none"> • 17.510 Consultas año por Box para Infantil, materno, Adulto. • Se recomienda sensibilizar por los periodos estacionales, perfil de paciente, modelo de atención, así como los momentos pick dentro de la semana o del día según corresponda y su efecto en recintos variables.⁴²
		Categorización de Paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Criterio de nivel de gravedad de selector de demanda C1, C2, C3, C4. incorporando propuestas de gestión.
	SERVICIOS DE APOYO	Rendimiento Intervenciones Quirúrgicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones quirúrgicas mayores, 0,28 IQ por hora cirujano para alta complejidad. • 2. 0,84 por hora por anestesista. • 3. Intervenciones quirúrgicas mayores, 0,41 IQ por hora cirujano para mediana complejidad. • 1,19 por hora por anestesista. • 5. Tiempo promedio observado en el hospital: si es menor se mantendrá el observado.

⁴² Se deberá clarificar el uso de dispositivos especiales para demanda imprevistas de mediana y alta complejidad.

		Producción para 1 pabellón año.	<ul style="list-style-type: none"> • para electivas de urgencia mayores y menores. • 2.000 para electivas de urgencia menor. • 3.000 para electivas mayores, menores y mayor ambulatorias. • Este valor debe ser ajustado por los tiempos promedios de demora de intervenciones por especialidad y su peso relativo en las intervenciones anuales.
		Procedimientos por hora.	<ul style="list-style-type: none"> • 2 a 3 procedimientos por hora, estos debieran estar complementados con estudio de tiempo de cada Establecimiento en función de los recursos tecnológicos y humanos.

ÁREA DE TRABAJO	COMPONENTES	ÁREA DE TRABAJO	CRITERIO REFERENCIAL
RECURSOS FÍSICOS	CRITERIOS PARA DISEÑO PMA ÁREAS CLÍNICAS	Mt2 de Box consulta médica	12 mt2
		Mt2 sala procedimientos sin baño (incluye todo recintos en donde se realiza algún tipo de procedimiento) ⁴³	18 mt2
		Mt2 sala procedimiento con baño.	22 mt2
		Pabellones	Entre 36-52
		Cama de recuperación u observación	10mt2
		Camas puerperio	2 camas con 14 mtr2 más baño

⁴³ Criterios ajustables a reglamentación vigente DS 283 y sus modificaciones de sala de procedimientos y pabellón cirugía menor y sus modificaciones.

		Camas por recinto	3 Nuevo a 4 (si se remodelación) Camas por sala con 12-14 mts2 por cama más 4mt2 de baño. (excluido camas de aislamiento).
		Camas de aislamiento	18 mts2 por cama con baño.
		Cama críticos adulto	18 mts2 por cama
		Camas crítico neonatal	12 mts2 por cama.
	ÁREAS ADMINISTRATIVAS	Estaciones de trabajo	6 mtr2 para 2 personas mínimos
		Oficina De profesionales	9 mtr2
		Oficina Director	24 m2 con baño
		Oficinas cargos gerenciales	14 mts2 baño incluido más sala reunión.
		Sala de reuniones	1,5 mts2 por persona definido según zonas

ÁREA DE TRABAJO	COMPONENTES	ÁREA DE TRABAJO	CRITERIO REFERENCIAL
RECURSOS FÍSICOS	ÁREAS DE APOYO	Estación de enfermería	8 mtr2
		Trabajo limpio	9 mt2
		Trabajo sucio	6 mtr2
		Ropa limpia	4mt2
		Ropa sucia	3 mt2
		Lava-chatas	5-8 mt2
		Estacionamiento transitorio de contenedores	Sujeto a flujo y reglamentación vigente, de manejo de residuos peligrosos.
		Bodega insumo	6mt2

		Bodega químicos	6 mt2
		Bodega equipos	entre 20-40 mt2 sujeto a flujo
		Aseo	3a 5 mt2

ÁREA DE TRABAJO	COMPONENTES	ÁREA DE TRABAJO	CRITERIO REFERENCIAL
RECURSOS FÍSICOS	ÁREAS DE CONFORT Y COMPLEMENTO	Estar de personal	Considerar según zonas 10 a 15 mt2. Diferenciando estar diurno y de 24 horas.
		Espacios para Berger	2 a 8 mts2
		Batería de baños	Sujeto a modelo
		Baños públicos	3 mts2
		Baño personal	4 mts2
		Baño paciente no hospitalizado	5 sin ducha

		Residencia con baño	10 a 12 mts2.
		Pensionado	30 mt2 con baño modelo de 2 camas

ÁREA DE TRABAJO	COMPONENTES	DIAGNÓSTICO/ PROPUESTA	CRITERIO REFERENCIAL
RECURSOS FÍSICOS	EQUIPAMIENTO	Equipamiento en mal estado	<ul style="list-style-type: none"> • Reposición.
		Equipos en regular estado	<ul style="list-style-type: none"> • Reposición: para aquellos que tienen su vida útil vencida al inicio del proyecto. • Evaluación de reparación para aquellos que tienen vida útil residual superior al inicio del proyecto, programando reposición durante próximos años.

		Otros casos	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación técnica, costo-beneficio entre actual y alternativa disponible en el medio con pertinencia a cartera de servicios propuesta, oferta alternativa y disponibilidad de RRHH especializado.
		Evaluaciones especiales	<ul style="list-style-type: none"> • Se ajustará según propuesta a discutir con equipo MINSAL criterios de vida útil por razones de localización, uso o condiciones físicas vinculadas con el entorno del proyecto .⁴⁴

⁴⁴ No se abordaron criterios de vida útil, por la característica de las inversiones públicas quedando pendiente una definición.

		Rendimientos de áreas especiales	<ul style="list-style-type: none"> • Esterilización: 200 litros por cirugía donde existen unidades críticas. 150 litros por cirugía donde no existen. • Lavandería: 4 a 5 kilos por egreso en cama básica, y 10 a 12 kilos por egreso para camas de intensivos e intermedios.
		Definición de proceso y Sensibilización de equipos	<ul style="list-style-type: none"> • Se deberá distinguir entre duración de proceso desde que entre y sale el paciente de con sus tiempos asociados. • Se considerarán al menos dos escenarios de rendimiento del equipo en 7 y 8 horas de funcionamiento del equipo y su efecto en el RRHH requerido.

ÁREA DE TRABAJO	COMPONENTES	CRITERIOS REFERENCIALES	
RECURSOS HUMANOS	CRITERIOS DE OPTIMIZACIÓN	Tasa de ausentismo sobre horas contratadas. (se debe hacer un análisis y gestión del ausentismo observado para validar criterio).	<p>Estamento Médico y profesional 13%-14%</p> <p>Estamento Administrativo 10% a 12%.</p> <p>Incorporando Medidas de gestión para su ajuste</p>

		Composición base de programación.	<p>Cada Establecimiento deberá definir una composición óptima de programación de la especialidad en porcentaje, en función de prioridades estratégicas y estacionalidades del año. Esta distribución debe determinarse en razón de las horas contratadas, considerando las siguientes áreas de trabajo clínico-administrativo:</p> <p>1. Consultas de especialidad, 2. Visita sala, 3. Procedimientos, 4. Intervenciones quirúrgicas, 5. Capacitación, 6. Administrativas.</p> <p>A las anteriores -según corresponda- se debe complementar con horas de urgencia.</p>
--	--	-----------------------------------	--

ÁREA DE TRABAJO	COMPONENTE	CRITERIOS REFERENCIALES	
RECURSOS FINANCIEROS	TASAS DE ACTUALIZACIÓN	Para análisis en términos reales.	<p>Para generar las actualizaciones al cierre del año base, deben considerarse los siguientes factores por año, en términos de retroceso tomando los cierres de cada año en todas sus partidas para dejarlos en moneda de cierre de año base:</p> <p>Partidas* factor del año donde el factor se obtiene por:</p> <p>Año 1 desde año base: $(1 + ipc \text{ año base})$</p> <p>Año 2 desde año base $(1 + ipc \text{ año base}) * (1 + ipc \text{ año base} - 1)$.</p> <p>Año 3 desde año base $(1 + ipc \text{ año base}) * (1 + ipc \text{ año base} - 1) * (1 - \text{año base} - 2) \dots etc.$</p>
	COMPOSICIÓN DE REMUNERACIÓN	Para proyección.	Para la determinación de las remuneraciones proyectadas de personal nuevo, se recomienda determinar una composición promedio de remuneraciones año por estamento, gestionada las horas extras.

	HORAS EXTRAS	Para optimización y proyección.	Las horas extras proyectadas, son sólo aquellas asociadas a sistemas de turnos o ajustes de demanda previamente identificados en períodos dentro del mes. Se asume que la brecha de RRHH se ajusta a los requerimientos proyectados.
	PLAZO DE JUBILACIÓN	Ajustes en remuneraciones.	Para efectos de sustentabilidad se deberá generar un programa de jubilación estimada asumiendo los plazos legales de 60 y 65 años. y sus respectivos efectos financieros.

ÁREA DE TRABAJO	COMPONENTE	CRITERIOS REFERENCIALES	
CRITERIOS DE PROYECCIÓN	HORIZONTE DE EVALUACIÓN	Tiempo.	<ul style="list-style-type: none"> ○ 15 años para las evaluaciones.
	ESCENARIOS	Situación actual proyectada.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Considerando la tendencia de funcionamiento del Establecimiento según restricciones de oferta.

	PROYECTADOS	Situación actual optimizada.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Considerando criterios de optimización de la gestión en sus diferentes componentes.
		Situación propuesta.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Considerando la proyección de demanda a satisfacer y la propuesta de desarrollo de la alternativa con sus derivaciones.
	TASA DE DESCUENTO	Vigente en MIDEPLAN.	<ul style="list-style-type: none"> ○ La tasa de descuento a utilizar será la vigente en MIDEPLAN.
	VALOR DE RESCATE DEL PROYECTO	Para proyecto.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Método contable Bajo Criterio de depreciación SII para definición de años. Por definir MIDEPLAN.

Anexo 7 Tablas de análisis estadístico.

A continuación, se visualizará planilla electrónica para cálculo de muestreo estadístico cuando sea necesario. Esto es aplicable en todos los ámbitos sean estos:

TAMAÑO MUESTRA: MUESTREO ALEATORIO ESTRATIFICADO - VARIABLE DICOTÓMICA										
N = 165000										
N ²	2,72E+10	[SUMA(N(i)*DE(i))] ² (82500,0) ²								
E %	5	n= ----- = 399,033								
D =	E ² /z ²	N ² *D + SUMA(N(i)*P*Q) 17056875								
D	0,000625									
									n = 399	
Nº	ESTRATO	N(i)	P	Q	DE(i)	N(i)*DE(i)	W(i)	N(i)*P*Q	n(i)	REDOND(n(i))
1	alta	25000	0,5	0,5	0,5	12500,0	0,152	6250,0	60,648	61
2	media	40000	0,5	0,5	0,5	20000,0	0,242	10000,0	96,558	97
3	baja	100000	0,5	0,5	0,5	50000,0	0,606	25000,0	241,794	242
4	3ºB-97	0	0,5	0,5	0,5	0,0	0	0,0	0,000	0
5	3ºB-98	0	0,5	0,5	0,5	0,0	0	0,0	0,000	0
6	3ºB-99	0	0,5	0,5	0,5	0,0	0	0,0	0,000	0
7	4ºB-96	0	0,5	0,5	0,5	0,0	0	0,0	0,000	0
8	4ºB-97	0	0,5	0,5	0,5	0,0	0	0,0	0,000	0
9	4ºB-98	0	0,5	0,5	0,5	0,0	0	0,0	0,000	0
10	4ºB-99	0	0,5	0,5	0,5	0,0	0	0,0	0,000	0
11	5ºB-96	0	0,5	0,5	0,5	0,0	0	0,0	0,000	0
12	5ºB-97	0	0,5	0,5	0,5	0,0	0	0,0	0,000	0
13	5ºB-98	0	0,5	0,5	0,5	0,0	0	0,0	0,000	0
14	5ºB-99	0	0,5	0,5	0,5	0,0	0	0,0	0,000	0
15	6ºB-96	0	0,5	0,5	0,5	0,0	0	0,0	0,000	0
16	6ºB-97	0	0,5	0,5	0,5	0,0	0	0,0	0,000	0
17	6ºB-98	0	0,5	0,5	0,5	0,0	0	0,0	0,000	0
18	6ºB-99	0	0,5	0,5	0,5	0,0	0	0,0	0,000	0
		165000				82500,0	1	41250,0	399,000	400
n% =	400	/	####	=	0,2424	%				
Fuente: Richard L. Scheaffer, William Mendenhall y Lyman Ott (1987) ELEMENTOS DE MUESTREO										
Grupo Editorial Iberoamérica S.A. De C.V. México										

Este análisis es aplicable cuando se desea obtener información del comportamiento del año base, sobre el cual los meses pueden ser los estratos de la segunda columna. Se agrega el valor N(j) asociado a la cantidad de datos según el mes y es posible con ella bajo levantamiento aleatorio obtener información base de calculo.

E(%): corresponde al grado de error deseado, se recomienda 5% por lo cual este dato es modificable.

Se puede aplicar a prestaciones, costeo, etc.

Anexo 7 (Continuación).

TAMAÑO DE MUESTRA: MUESTREO ALEATORIO SIMPLE - VARIABLE DICOTÓMICA										
Confiability	99,7	99,0	98,0	96,0	95,5	95,0	89,9	80,0	68,3	
Valor z	3	2,58	2,33	2,05	2,00	1,96	1,64	1,28	1,00	
z Aplicado=	1,28		P = 0,50			Q = 0,50				
Error %										
N Población	1	2	3	4	5	10	15	20	Si N ≤ 100.000	
500	-	-	239	170	124	38	18	10	$n = (z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N) / (e^2 \cdot (N-1) \cdot P \cdot Q)$	
1.000	-	-	313	204	141	39	18	10		
1.500	-	609	349	219	148	40	18	10	Si N > 100.000	
2.000	-	677	371	227	152	40	18	10		
2.500	-	727	385	232	154	40	18	10	$n = (z^2 \cdot P \cdot Q) / e^2$	
3.000	-	764	395	236	155	40	18	10		
3.500	-	792	403	239	157	40	18	10		
4.000	-	815	409	241	157	41	18	10		
4.500	2.145	834	413	242	158	41	18	10		
5.000	2.252	850	417	244	159	41	18	10		
6.000	2.434	875	423	246	160	41	18	10		
7.000	2.584	893	427	247	160	41	18	10		
8.000	2.709	908	431	248	161	41	18	10		
9.000	2.815	919	433	249	161	41	18	10		
10.000	2.906	929	435	250	161	41	18	10		
15.000	3.218	959	442	252	162	41	18	10		
20.000	3.400	974	445	253	163	41	18	10		
25.000	3.520	984	447	253	163	41	18	10		
50.000	3.786	1.003	451	255	163	41	18	10		
100.000	3.935	1.014	453	255	164	41	18	10		
Infinito	4.096	1.024	455	256	164	41	18	10		
Miquel, S., Bigné, E., Lévy, J., Cuenca, A., Miquel, M. (1997) INVESTIGACIÓN DE MERCADOS: McGraw-Hill Interamericana de España. S.A.U., Madrid.										

El muestreo aleatorio simple se aplica cuando no existe claridad de estratificación y se tiene un universo de datos sobre el cual se desea inferir cierta conclusión. En este caso, se ajusta el z Aplicado: reemplazando el 1,28, que corresponde a un 80% de confiabilidad, por el que se desee, por ejemplo 2,00 que corresponde a un 95% de confiabilidad. Luego de acuerdo a la población analizada se ubica en la columna 1 N Población y según el % de error el punto que cruza ambos vértices corresponde al tamaño de la muestra a utilizar bajo levantamiento aleatorio.

Anexo 8 Tablas de levantamiento de información análisis cuantitativo

EN CD ADJUNTO SE DESCRIBEN LAS TABLAS CUANTITATIVAS UTILIZADAS EN LOS PROCESOS DE LEVANTAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS BAJO TRABAJO INTERDISCIPLINARIO.

Anexo 9 Estudio de diagnóstico red de SSMN, objetivos-Estructura de contenidos- tablas relevantes.

A continuación se describe aspectos relevantes como referencia y evidencia de los estudios y resultados adjuntándose en CD respaldo del estudio completo abordado por la Universidad de la Frontera y dirigido por el autor de esta tesis.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Analizar y dimensionar las brechas de prestaciones de salud del SSMN en sus diferentes niveles de atención: Primaria (APS), consultas de especialidad (CME), atención de urgencia (CMU) y atención de hospitalización (AC) de la población de las 8 comunas de la red del SSMN.

Objetivos Específicos

1. Diagnosticar las prestaciones entregadas por el SSMN en sus diferentes niveles de resolutivez identificando las principales dificultades observadas..
2. Elaborar un perfil de demanda proyectada al año 2020 para los diferentes niveles de resolutivez identificando las brechas de recintos (APS) y prestaciones (CME, CMU, AC, servicios de apoyo).
3. Identificar las alternativas para cubrir la brecha de prestaciones y proponer líneas de acción a seguir en materia de dispositivos sanitarios.
4. Estimar las inversiones que requiere el servicio.

CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

Para la elaboración del informe se ha usado las siguientes consideraciones metodológicas en el levantamiento y análisis de información:

Contexto del Proceso del Estudio

Para la elaboración de este informe en sus diferentes componentes es relevante y adecuado plantear algunos aspectos relevantes del contexto del estudio en término de su proceso y las fuentes consultas, siendo estas las siguientes:

- a) Tiempo restringido para abordar el estudio y entregas de Informes de Avance, según urgencias priorizadas: Las condiciones de urgencia planteadas por el equipo directivo respecto de disponer de un rápido diagnóstico, generó la entrega de informes en función de dichas prioridades partiendo por Caracterización Área de Influencia - Egresos Hospitalarios -CMU Urgencia y APS - CME y Servicios de Apoyo Diagnóstico, para concluir con Demanda y Brechas de Atención.. Sin embargo para la entrega de este informe final se abordará un diseño más tradicional respecto de los niveles de análisis y conclusión según su nivel de resolutividad.
- b) Confiabilidad y consistencias de las Fuentes de Información: Durante el procesos se consultaron diferentes fuentes de información, en dicho proceso por razones naturales en algunos casos se observaron diferencias entre las fuentes observadas, abordando ajustes que en términos globales fueron menores y no cambian las decisiones y recomendaciones.
- c) Acceso a la información en los establecimientos APS- Hospitales, en procesos de recolección de Datos. En los inicios del estudio, el equipo técnico se encontró con limitaciones a las fuentes de información en especial APS. Al respecto la principal inquietud se asociada al uso que tendría la información y los niveles de comunicación de sus resultados. A este proceso de búsqueda se sumó el cambio de gobiernos comunales que generó espacios de inestabilidad y por razones obvias restricción a la información que se necesitaba.

Fuentes de Información Consultadas

A continuación se describen las siguientes fuentes de información consultadas:

FUENTES	DESCRIPCIÓN
Fuentes primarias de información	<ul style="list-style-type: none">• Entrevistas estructuradas de recolección de información relevante a personal de los Establecimientos involucrados• Entrevista a Directivos del Servicios de Salud. Metropolitano Norte.• Información entregada por los Establecimientos analizados, Hospital. San José - Hospital. Dr. Roberto del Río – Inst. Nacional del Cáncer• Información Estadística disponible, entregada por contraparte técnica del Servicio de Salud Metropolitano Norte.• Visita de Campo a los Establecimientos de la Red SSMN.
Fuentes secundarias de información	<ul style="list-style-type: none">• Información disponible en sistema DEIS- MINSAL.• Información del INE, MIDEPLAN, PNUD, INTENDENCIA, OPS, entre otros.• Levantamiento de revisión bibliográfica disponible en la red y en textos.• Bases de Datos de Egresos Hospitalarios disponibles en sistema DEIS-MINSAL.
Criterios referenciales	<ul style="list-style-type: none">• Aquellos utilizados en las guías de estudios de preinversión hospitalaria, Centros de salud Familiar, guías técnicas emanadas del MINSAL.• Poblaciones usuarias definidas por MINSAL.• Población Beneficiaria Validada por FONASA.

FUENTES	DESCRIPCIÓN
Fuentes Específicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instituto Psiquiátrico Dr. J.Horwitz <ul style="list-style-type: none"> ▪ Subdirección Médica ▪ Departamento de Estadísticas ▪ CAE ▪ Unidad de Imputados ▪ Director de Hogares Protegidos ▪ Residencias Institucionales. ▪ Instituto Nacional del Cáncer <ul style="list-style-type: none"> ▪ Subdirectora Administrativa ▪ Responsable de Estadísticas. ▪ Complejo Hospitalario San José. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Subdirección Médica ▪ UEH -CDT ▪ Responsable de Estadísticas. ▪ Jefe Centro de Responsabilidad de Comercialización ▪ Responsable de Servicios de Apoyo Diagnóstico. ▪ Servicios de Salud Municipal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quilicura: Director de Salud del Municipio-Enfermera Jefa SAPU-Director del COSAM. ▪ Lampa: Directora de Salud del Municipio-Enfermera Jefe SAPU. ▪ Recoleta: Directora de Salud del Municipio ▪ Conchalí: Observación de Campo Clínico de Atención ▪ Independencia: Observación de Campo Clínico de Atención ▪ TIL-TIL: Observación de Campo Clínico de Atención.

CONCLUSIONES RED HOSPITALARIA SSMN

Hospital San José

Dado que, el Complejo Hospitalario San José es el centro de Alta Complejidad de atención de adulto que posee el SSMN; con una disponibilidad de 573 camas, de las cuales 98 de ellas corresponden al recurso “camas críticas” o de Cuidados Preferenciales, se constituye como la cara visible de la atención en salud en esta Área de la Región Metropolitana. Representando en promedio un 97% Usuarios DEL FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA). Teniendo un peso del 60% de la atención del Área.

Siguiendo el análisis anterior existen al año, 125 pacientes (2006), que presentan falta de información como dirección, de los cuales el 74% son Beneficiarios FONASA de categoría “A” y “B” (con gratuidad), en total FONASA llega al 87%, el 12% registraban previsión FONASA y sólo 1 egreso era por accidente.

Se observa que la evolución de egresos, que se presenta en los residentes del SSMN tiene crecimiento de 0,7%, mientras los residentes de otros Servicios de Salud de la Región Metropolitana crecen en un 20% y los del País en un 50%. Estos dos últimos representan un bajo porcentaje de egresos sobre el total, 9,3% y 1,7% respectivamente.

Al año (2006) existen 16.765 egresos promedio que ocurren en otros Servicios de Salud de la Región Metropolitana y del resto del País y son residentes del Área Norte. Su crecimiento entre los años 2003 y 2006 fue del 11% y cuentan con un 32% de previsión FONASA.

La Unidad de Tratamiento Intensivos (UTI) del San José, representa el 90% de la producción de las camas críticas, al observar la evolución de los Servicios Críticos y Unidades. Lo cual estaría marcando la complejidad de la atención del Complejo Hospitalario. Cabe reiterar, que existen un promedio de 37 camas en uso de UTI Indiferenciadas, que se encuentran ubicadas en el Servicio de Urgencia Adulto del San José, el cual no registra camas básicas en ese Servicio.

La movilidad intrahospitalaria (Traslados), corresponde a un 31,7% del total de los egresos y presentan un incrementado del 13,1%. Siendo significativo el movimiento que se da entre los Servicios Clínicos y Unidades Preferenciales de Cuidados.

Lo anterior, con el comportamiento de la UTI, deja de manifiesto que la mayor cantidad de traslados intrahospitalarios se da en esta Unidad de Tratamientos Intensivos. Lo cual lleva a pensar que a lo menos entre el 30% y el 40% de los pacientes han pasado por UTI. Ratificando lo sostenido anteriormente, en relación a la complejidad de las prestaciones otorgadas por el Establecimiento.

El dimensionamiento de la UTI respecto a las camas y egresos del Establecimiento con la Región Metropolitana y el resto del País, representando el 58% de las camas de la Región y el 46% del País.

Finalmente, destacar la composición porcentual de la categorización de pacientes con un 92,51% de ellos clasificados como tipo A o B, expresión de la alta complejidad y dependencia de los pacientes atendidos en el Complejo.

Al observar, los principales diagnósticos del Establecimientos extrapolando los partos, se obtiene que el principal diagnóstico esta dado en el grupo de enfermedades al hígado, siguiendo la influenza y neumonía, donde esta última es altamente demandante de UTI, en especial en la población adulta mayor.

El Hospital San José presenta altos promedios de estada, en especial en los diagnósticos asociados a enfermedades frecuente en el adulto mayor, como diabetes Mellitus, entre otras.

Otras enfermedades del sistema respiratorios, concentra el porcentaje más alto de fallecimiento con un promedio del 53%, seguido de las Enfermedades cerebrovasculares con un 29%, la influenza y neumonía presenta un 16% y las enfermedades del corazón un 12%.

El promedio general y dado el peso (%) del programa materno, la composición de los egresos y sus diagnósticos el promedio de edad está en 40 años, existen un 10,4% de Adultos Mayores y un 24,3% de adultos entre 50 y 64 años.

Llama la Atención, que no registra hospitalizaciones ni camas adosadas al Servicio de Urgencia Adulto, entendiendo y corroborado por la contraparte, que los hospitalizados observados ocularmente en la Urgencia corresponden a UTI Indiferenciada.

Al comparar el Establecimiento con los otros Hospitales de la Región Metropolitana de igual complejidad, se observa que, en materia de camas disponibles el San José tiene cifras inferiores a la mayoría de éstos, estando sobre el San Borja Arriarán, al contrarios del resto de los indicadores donde su promedio de estada está cercano al doble de lo que presentan los otros Establecimientos.

Es el tercer Establecimiento con mayor cantidad de camas disponibles en Medicina, es el segundo Servicio con mayor cantidad de camas Neonatales, con un promedio de estada inferior a la mayoría de los Servicios. El Servicio de Ginecología, muestra indicadores bastante similares en los Establecimientos de la Región Metropolitana.

La UTI Neonatal, se observa con el segundo indicador más alto de camas disponibles de la Región, con un indicador ocupacional tercero más alto y con el promedio de estada menor.

La UTI que presenta 54 camas disponibles, seguido del San Juan de Dios con 53, presenta un leve número mayor que le resto de los establecimientos observados. Destacando que indica un bajo día de estada, menos del doble del que le sigue.

Como se indicara anteriormente, esta última Unidad, tiene una dotación de 32 camas, que no se condice con la disponibilidad de 54 camas. Lo anterior, se refleja en que

la UTI Indiferenciada que tiene un uso promedio de 37 camas en el año 2007, se encuentran físicamente ubicadas en las dependencias del Servicio de Urgencia Adulto, reflejando una espera de traslados a los Servicios de 1,14 días según lo observado.

Al ver el movimiento de traslados, en su conjunto con los egresos Hospitalarios, se ve claramente que el alto número de éstos tiene relación con la UTI, que desde su UTI Indiferenciada ubicada en Urgencia Adulto, está descargando a los pacientes hacia el Área Clínica o en su efectos a la UCI.

Hospital Dr. Roberto del Río

El Hospital Dr. Roberto del Río, presenta en promedio del 95,7% de Usuarios FONASA. Y representa el 23,5% de la atención del Área.

La mayor demanda de atenciones se observan en: Recoleta (21,4%), y Conchalí (19%) y le sigue Quilicura con un 17,4%. Además se observan atenciones hospitalarias de Residentes de otras Comunas de la Región Metropolitana (7,2%) y del resto del País (9,6%).

Se observa que el Roberto del Río presenta una evolución de egresos entre los años 2003 y 2007: Los residentes del SSMN crecen en un 5,6%, los residentes de otros Servicios de Salud de la Región Metropolitana decrece en un -8,3% y los del resto del País crece en un 7%. Señalando que éstos dos últimos corresponde a un bajo porcentaje de egresos sobre el total, que son el 7,2% y 9,6% consecutivamente. Finalmente en términos globales, se observa que el Hospital crece en un 4,7%.

En promedio, al año existen 1.289 niños que concurren en otros Servicios de Salud de la Región Metropolitana y del resto del País. Que presentan un crecimiento del 25%.

El Establecimiento Pediátrico (HRR) no cuenta con Unidad de Tratamiento Intensivos pediátrica (UTI) y la UCI pediátrica, representa el 5% de la producción.

El Hospital, cuenta con el 4% de los egresos infantiles de la Región equivalente al 1,6% del País.

Cabe señalar, que el Servicio Clínico con mayor indicador de estada es Neuropsiquiatría, con 28,8 en promedio, el País cuenta con dos hospitales con camas para esta especialidad, el San Borja Arriarán y el Roberto del Río y ambos comparten la referencia nacional.

En el Servicio Clínico de Pediatría, se observó que es el segundo hospital en camas, presentando un Indicador de Ocupación superior al San Borja, al contrario de lo que ocurre

en Neuropsiquiatría, que tiene un índice ocupacional cercano al 60% y un alto día de estada.

Concluyendo que en camas UCI Pediátricas es el segundo Establecimiento con el mayor número de camas disponibles y con un indicador superior al 80%, Lo cual podría estar relacionado con la ausencia de UTI pediátrica y diagnósticos asociados.

Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

El Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak que hoy forma parte de la Red de Salud del Servicio de Salud Metropolitano Norte. Se caracteriza por contar con la gran mayoría de las Especialidades psiquiátricas, categorizado como Hospital de Alta y Mediana Complejidad en Salud Mental. Presenta en promedio un 97,7% de Usuarios FONASA.

El Hospital, da respuesta a la población del SSMN, de la Región y del País. La mayor demanda de atenciones se observan en: Recoleta, Conchalí e Independencia, representando el 47,6% de sus atenciones. Además se observan atenciones hospitalarias de Residentes de otras Comunas de la Región Metropolitana con un 48,2% y del resto del País en un 3,4%.

Se observa que la evolución de egresos no presenta crecimiento, al contrario al observar su comportamiento se ve claramente que las hospitalizaciones son bastante similar entre años entre las comunas de los Residentes del Área en estudio, al contrario de los residentes de otras Áreas que crecen en un 12,5% y los del resto del País decrece en un 39,2%.

El Instituto, presenta un bajo indicador (0,68%) de pacientes del Área que se atiendan fuera de ésta.

Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo

El Instituto Nacional del Cáncer, corresponde a un Centro de Salud Nacional, para lo cual cuenta con una dotación de 97 camas, contando con Unidad de Tratamiento Intensivo, presentando en promedio un 97,9% de Usuarios FONASA.

La mayor demanda de atenciones en el Área Metropolitana Norte se observan en: Recoleta, Conchalí e Independencia, representando estas tres Comunas el 66,5% de sus atenciones del Área Metropolitana Norte. Además se observan atenciones hospitalarias de

Residentes de otras Comunas de la Región Metropolitana con un 24% y del resto del País en un 26%.

La evolución de egresos presenta un crecimiento del 32%, al contrario del los usuarios del resto de la Región Metropolitana que decrece en un -33% y el resto del País decrece en un -6%, lo que lleva finalmente a crecer a nivel de Establecimiento en un 2%. Lo anterior de muestra, que el crecimiento de los usuarios del SSMN debiesen estar limitando el ingreso de pacientes de otras Áreas.

El Instituto, presenta un bajo indicador de pacientes del Área que se atiendan fuera de ésta, destacando que en su mayoría corresponden a pacientes beneficiarios de sector público y que probablemente han optado por la modalidad libre elección.

El Hospital, cuenta con el 3,78% de los egresos del País y corresponden al 1,10% del total de la Región Metropolitana.

Al contrario de lo que se podría suponer, dada las patologías tratadas por este Establecimiento cuenta con un promedio de fallecimientos bajísimo, alcanzando al 2%, destacando que el grupo de diagnóstico de tumores malignos de las vías urinarias es el que presenta el mayor índice con un 10,8%. Se ha observado que su promedio de edad en general es de 53 años.

Hospital de Til Til

El Hospital de Til Til, atiende a su Comuna, donde el 100% son beneficiarios del sector (FONASA), contando para ello con 10 camas disponibles. Se observó que la evolución de egresos presentó un crecimiento del 59%.

El Establecimiento como hospital de baja complejidad, no presenta atenciones de sus residentes en otras Instituciones de Salud, por lo general los habitantes de la Comuna que son de mediana o alta complejidad, y están analizados en los Establecimientos anteriormente observados.

El Establecimiento cuenta con un solo Servicio Clínico que es Indiferenciado, por lo cual sus egresos corresponden al total del establecimiento.

Comparando el Servicio Clínico Indiferenciado con los de igual denominación en hospitales, se observa que son el 42% de las camas de la Región y el 1% de las del País.

Probablemente por la misma razón el Instituto Psiquiátrico, es el segundo en crecer. Siguiendo con un crecimiento que refleja el comportamiento de la evolución de la población del Área se encuentra el Hospital San José, probablemente en un 14%.

Finalmente, para el Hospital de Niños Dr. Roberto del Río y al igual que el Hospital de Títil se proyecta un crecimiento del 2 y 2,6 por-cientos respectivamente.

Debiendo crecer finalmente en las camas, en un 8,9%, que se traduce en un aumento del 32,5% de crecimiento en el San José ya que el resto de los Establecimientos disminuirían sus camas a excepción del Psiquiátrico que debiese crecer en 1%.

ESTRUCTURA DE CONTENIDOS RESULTANTE

A continuación se describe la estructura de contenidos resultantes, encontrándose en Cd respaldo de los estudios.

I. MÓDULO: OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

INTRODUCCIÓN

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo General

1.1.2 Objetivos específicos.

1.2.-Consideraciones Metodológicas

1.3 Fuentes de Información

1.4 Estructura del Informe

II. MÓDULO: CARACTERIZACIÓN ÁREA DE INFLUENCIA.

2.1 Región Metropolitana

2.1.1 Región Metropolitana y su Poblamiento Territorial (su historia).

2.2 Breve reseña de la Red del Servicio Metropolitano Norte.

2.2.1 Hospital José Joaquín Aguirre:

2.2.2 Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz B.

2.2.3 Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo.

2.2.4 Hospital Dr. Roberto del Río

2.3 Servicios de Salud y Establecimientos de la Red.

2.3.1 División Administrativa de Salud.

2.3.2 Composición de Establecimientos de la Red de Salud

2.4 Análisis de Determinantes de Área de Influencia

2.4.1 Accesibilidad:

2.4.3 Distancia de Centros de Salud por Comuna a Hospitales SSMN

- 2.4.4 Determinantes Socioeconómicos (Pobreza, escolaridad, ingreso, empleo, vivienda y servicios básicos).
- 2.4.4 Determinantes de Desarrollo
 - 2.4.4.1 Índice de Desarrollo Humano
 - 2.4.4.2 Índice de Prioridad Social
 - 2.4.4.3 Índice AVPP
- 2.4.5 Determinantes Epidemiológicos
 - 2.4.5.1 Tasa de Mortalidad del País, La Región Metropolitana y el Servicio de Salud Metropolitano Norte.
 - 2.4.5.2 Diez principales Causas de Muerte-SSMN-Región Metropolitana- País,.
 - 2.4.5.3 Evolución de los primeros 10 Grupos de Causas de Muerte en el SSMN 2003-2005
- 2.4.6 Proyectos Territoriales en Cartera de Plan Regulador de la Región Metropolitana

III. MÓDULO: POBLACIÓN

- 3.1 Crecimiento Poblacional Intercensal 1992-2002 RM-PAÍS-SSMN
- 3.2 Proyección de Población INE SSMN-RM-PAÍS 2002 -2020
- 3.3 Población Servicio de Salud Metropolitano Norte por grupo etareo
- 3.4 Población por Programas
 - 3.4.1 Programa de La Mujer
 - 3.4.2 Programa Salud Mental
 - 3.4.3 Programa Adolescente.
- 3.5. Población Usuaria de la Red de Salud del SSMN
 - 3.5.1. Poblaciones SSMN por Modalidades de Atención
 - 3.5.2 Población Por Programa y Modalidad PUAA-PUAC 2006-2007
- 3.6 Población Objetivo.

IV. MÓDULO: CONSULTA MÉDICA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

- 4.1. Modelo de Atención en APS
- 4.2. Descripción de la Red de APS por Comunas del SSMN
- 4.3 Prestaciones Médicas en APS PAÍS-RM- SSMN
 - 4.3.1 Consultas Médicas de Servicios de Salud por Regiones.
 - 4.3.2 Consultas Médicas APS por RM

- 4.3.3. Consulta Médica APS por Comunas del SSMN
- 4.4. Consulta Médica por Programas y Grupos Diagnósticos PAIS-RM
- 4.5. Consultas Nuevas Versus Consultas Control SSMN 2007

V. MÓDULO. CONSULTA MÉDICA DE URGENCIA.

- 5.1 Descripción de la Red de Urgencia
 - 5.1.1 Identificación de Establecimientos por Comuna
 - 5.1.2 Caracterización de la Red de Derivación
- 5.2 Atención Médica de urgencia País
 - 5.2.1 Composición de Urgencia por Tipos de Establecimientos
 - 5.2.2 Agrupación CMU por tipo Establecimiento SSMN
 - 5.2.3 Clasificación de CMU Según Nivel de Gravedad País RM-SSMN
- 5.3 Análisis de Composición de Urgencia: Por Sexo y Edad
 - 5.3.1 Composición por Sexo y Tipo Establecimiento
 - 5.3.2 Composición por Edad y Tipo de Establecimiento
- 5.4 Atención Médica De Urgencia Región Metropolitana
 - 5.4.1 CMU SSMN – Región Metropolitana Hospitales Alta Complejidad Años 2003 Al 2007
 - 5.4.2 CMU SSMN – Región Metropolitana Hospitales mediana complejidad (Tipo 2 y 3) Años 2003 al 2007
 - 5.4.3 CMU SSMN – Región Metropolitana Hospitales baja complejidad (Tipo IV) Y NO SAPU Años 2003 al 2007
 - 5.4.4 CMU SSMN – Región Metropolitana SAPU Años 2003 al 2007
 - 5.4.5 CMU SSMN – Región Metropolitana Posta Salud Rural
- 5.5 Composición por Edad y Tipo de Establecimiento SSMN – Región Metropolitana
- 5.6 Clasificación del Perfil de Pacientes según Nivel de Gravedad por Servicio.
 - Recurso Camilla
- 5.7 Atención Médica De Urgencia Servicio De Salud Metropolitano Norte
 - 5.7.1 Atención de Consulta Médica de Urgencia según Programa y tipo de Establecimiento
 - 5.7.2 Consultas Médicas de Urgencia Establecimientos APS
 - 5.7.3 Consulta Médica de Urgencia APS por Comuna

- 5.8 Consultas Médicas De Urgencia Establecimientos Hospitalarios
 - 5.8.1 Consulta Médica de Urgencia Hospital San José
 - 5.8.1.1 CMU Adulto Hospital San José por Programa
 - 5.8.1.2 CMU por Comuna
 - 5.8.1.3 CMU por Pronóstico
 - 5.8.1.4 Consultas Médicas de Urgencia por Especialidad
 - 5.8.1.5 Principales Diagnósticos CMU Urgencia Hospital San José
 - 5.8.1.6 Comportamiento Mensual de Urgencia
 - 5.8.1.7 Comportamiento Horario de Urgencia
- 5.9 Consulta Médica de Urgencia Hospital Roberto del Rio
- 5.10 Consulta Médica de Urgencia Instituto Psiquiatrico Dr. Jose Hoerwitz B.
- 5.11 Coeficientes Observados
 - 5.11.1 Tasa Regional CMU / Población INE 2007
 - 5.11.2 Tasa CMU por Población Usuaría de las UEH Hospitalarias 2007
 - 5.11.4 Tasa CMU SSMN por Establecimiento en Población Total INE
 - 5.11.5 Tasa CMU por Población Objetivo del SSMN
- 5.12 Conclusiones Preliminares Consultas Médicas De Urgencia

VI. MÓDULO: CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDADES (CME)

- 6.1 Red Región Metropolitana por Servicios de Salud.
 - 6.1.1 Evolución de la Atención Médica de Especialidades Totales SSMN-RM y PAIS
 - 6.1.2 Evolución de la Atención Médica de Especialidades por Servicio de Salud Versus Región y País
 - 6.1.2.1 Evolución de CME por Servicios de Salud
 - 6.1.2.2 Evolución de CME por Tipo de Establecimiento
 - 6.1.3 Composición de las CME PAIS-RM-SSMN
 - 6.1.3.1 Composición CME por área quirúrgica y Médica.
 - 6.1.3.2 Composición de CME en APS, RM por servicio de salud
 - 6.1.3.3 Composición de CME R.M por especialidad según servicio de salud.
 - 6.1.4 Tasa Observada de CME Región Metropolitana
 - 6.1.5 Atención Médica de Especialidad Servicio de Salud Metropolitano Norte
 - 6.1.5.1 Atención de Consulta Médica de Especialidades por Establecimiento

6.1.5.4 Comportamiento Mensual de CME del SSMN 2007

VII. MÓDULO : OFERTA ATENCIÓN CERRADA

7. 1 Caracterización de la Red

7.2 Funcionalidad Red Pública Privada País y SSMN

7.2.1 Funcionalidad de la red Pública y Privada del País e inserción del SSMN.

7.2.2 Funcionalidad Distinguiendo entre establecimientos Sistema y Extra Sistema.

7.2.3 Funcionalidad por previsión distinguiendo entre los Establecimientos del Sistema y Extra Sistema.

7.3 Egresos Región Metropolitana

7.3. 1 Evolución general de Egresos

7.4 Tasa de consumo

7.4.1 Relación camas versus población.

7.4.2 Índice ocupacional

7.4.3 Promedio de Días de Estada (PDE)

7.5. Egresos y Camas de Cuidado Preferencial (UPC).

7.6 Egresos del SSMN

7.6.1 Antecedentes

7.6.2 Egresos por establecimiento.

7.6.3 Composición previsional de residentes SSMN

7.6.4 Atención de Residentes SSMN en otros Servicios

7.7 Egresos Por Establecimiento Del SSMN

7.7.1 Complejo Hospitalario San José

7.7.1.1 Egresos por previsión

7.7.1.2 Egresos por origen

7.7.1.3 Egresos por UTI Adulto

7.7.1.4 Principales diagnósticos, PDE Hospital San José

7.7.1.5 Indicadores Complejo Hospitalario San José.

7.7.1.6 Potenciales Listas de Espera

7.7.1.7 Lista de Espera Deis-MINSAL.

7.7.1.8 Listas de espera generada por I.Q oficial del MINSAL

7.7.1.9 Lista de espera generada por compra de servicios.

7.7.2 Hospital Dr. Roberto del Río

7.7.2.1 Egresos por previsión

- 7.7.2.2 Egresos por origen
- 7.7.2.3 Principales diagnósticos y PDE del Establecimiento.
- 7.7.2.4 Indicadores Hospitalarios Dr. Roberto del Río: Camas, PDE-Tasa Ocupación.
- 7.7.3 Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak
 - 7.7.3.1 Egresos por previsión
 - 7.7.3.2 Egresos por origen
 - 7.7.3.3 Principales diagnósticos y PDE del Establecimiento.
 - 7.7.3.4 Indicadores Hospitalarios Dr. José Horwitz Barak.
- 7.7.4 Instituto Nacional del Cáncer Caupolican Pardo
 - 7.7.4.1 Egresos por previsión
 - 7.7.4.2 Egresos por origen
 - 7.7.4.3 Principales diagnósticos y promedio días estada y fallecimientos del establecimiento.
 - 7.7.4.4 Indicadores Hospitalarios Instituto Nacional del Cáncer Caupolican Pardo.
- 7.8 Conclusiones
 - 7.8.1 Conclusiones País Región Metropolitana Servicio de Salud Metropolitano Norte
 - 7.8.2 Conclusiones Red Hospitalaria SSMN
 - 7.8.2.1 Hospital San José
 - 7.8.2.2 Hospital Dr. Roberto del Río
 - 7.8.2.3 Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak
 - 7.8.2.4 Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolican Pardo
 - 7.8.2.5 Hospital de Til Til
- VIII. MÓDULO: OFERTA DE UNIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO
 - 8.1 Descripción de las Redes.
 - 8.1.1 Red de Intervenciones Quirúrgicas (Pabellones)
 - 8.1.2 Red de Atención de Partos, Cesareas y Abortos.
 - 8.1.3 Red de Laboratorio
 - 8.1.4 Red de Imagenología
 - 8.1.5 Red de Medicina Transfusional y Banco de Sangre
 - 8.1.6 Red de Anatomía Patológica
 - 8.2 Servicio de Apoyo Clínico
 - 8.2.1 Intervenciones Quirúrgicas

- 8.2.1.1 Intervenciones Quirúrgicas Totales SSMN
- 8.2.1.2 Intervenciones Quirúrgicas Electivas Totales
- 8.2.1.2 Intervenciones Quirúrgicas Urgencia Totales
- 8.2.2 Partos, Cesáreas y Abortos
- 8.3 Prestaciones Observadas de las Redes de Servicios de Apoyo Diagnóstico.
- 8.3.1 Laboratorio
- 8.3.1.1 Exámenes de Laboratorio Totales SSMN
- 8.3.2 Imagenología
- 8.3.2.1 Exámenes de Imagenología Totales SSMN
- 8.4 Conclusiones

IX. MÓDULO: DEMANDA

- 9.1 Antecedentes generales
- 9.2 Metodología de trabajo.
- 9.2.1 Red de atención primaria.
- 9.2.2 Atención de Consultas de Especialidades.
- 9.2.3 Atención de Hospitalización.
- 9.2.4 Red de Atención de Urgencia
- 9.2.5 Red de Servicios de Apoyo
- 9.3 Resultados Obtenidos
- 9.3.1 Atención Primaria
- 9.3.1.1 Poblaciones Referenciales Para Análisis
- 9.3.1.2.- Análisis de Establecimientos por Población 2008 y Proyectada al 2020.
- 9.3.1.3.- Análisis de Establecimiento según Población y Sector Territorial
- 9.3.1.4.- Análisis por Tipo Constructivo según Densidad Poblacional
- 9.3.1.6.- Estimación de Brechas de Urgencia de APS.
- 9.3.1.6.1.- Estimación de brechas de SAPU bajo 50.000 Inscritos
- 9.3.1.6.2.- Estimación bajo supuesto de 1 SAPU/50000 inscritos proyectado pero por sectores.
- 9.3.2.- Resumen de demanda de establecimientos APS según supuestos
- 9.3.3.-Atención de especialidad
- 9.3.3.1.- Consultas Bases.
- 9.3.3.2.- Ajustes de Consultas de Especialidad.
- 9.3.3.3.- Proyección Resultante

- 9.3.4.- Atención de Hospitalización
 - 9.3.4.1.- Egresos bases:
 - 9.3.4.2.- Ajustes a egresos
 - 9.3.4.3.- Proyección resultante
- 9.3.5.- Atención de Urgencia
 - 9.3.5.1.- Consultas Bases
 - 9.3.5.2.- Construcción de Coeficientes de Proyección
 - 9.3.5.3.- Proyección de prestaciones consultas de urgencia
- 9.3.6.- Proyección de servicios de apoyo
 - 9.3.6.1.- Pabellones
 - 9.3.6.2.- Laboratorio
 - 9.3.6.3.- Imagenología
 - 9.3.6.4.- Medicina transfusional

X. MÓDULO: EVALUACIÓN DE ALTERNATIVAS Y RECOMENDACIONES

- 10.1 Antecedentes
- 10.2 Propuesta de Orden General
 - 10.2.1 Ejes de Trabajo de Planes de Desarrollo
 - 10.2.2 Propuesta Recomendada General
- 10.3 Propuesta de Orden Específico por Nivel de Resolución
 - 10.3.1 Atención Primaria
 - 10.3.2 Atención Red Hospitalaria
 - 10.3.2.1 Valuación de Opciones Macro:
 - 10.3.2.2 Desarrollo de la Opción Elegida
 - 10.3.2.2.1 Descripción de la Opción Elegida
- 10.4 Programación y Requerimientos de Inversión.
- 10.5 Recomendaciones Finales

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 Plano Territorial de Santiago
- Gráfico 2: Comunas Por Servicio De Salud Región Metropolitana
- Gráfico 3 Red Vial Región Metropolitana
- Gráfico 4 Tasa De Desocupación
- Gráfico 5: Evolución de las Viviendas Por Comunas

Gráfico 6: Evolución De Déficit De Viviendas

Gráfico 7: Indicador IDH

Gráfico 8 Índice De Prioridad Social (Ips)

Gráfico 9: Índice de AVPP

Gráfico 10: Consulta Medica Por Programas Rm-2007

Gráfico 11: Participación Porcentual De Programas Rm -2007

Gráfico 12 Consulta Morbilidad por Comuna

Gráfico 13: Peso De CMU Por País-RM-SSMN

Gráfico 14: Peso CMU Por Tipo De Establecimiento Pais

Gráfico 15: Peso De CMU Por Establecimiento SSMN 74

Gráfico 16: Evolución CMU Región Metropolitana 2003 al 2007

Gráfico 17: Evolución de CME del SSMN Versus Resto de RM y Resto del País.

Gráfico 18: Composición Comparada de Consultas Medicas de Especialidad Chile RM y SSMN.

Gráfico 19: Evolución de la Composición CME por Servicios de Salud RM Sobre El País.

Gráfico 20: Tasa de Crecimiento CME Región Metropolitana 2003 - 2007

Gráfico 21: Composición % CME por Tipo de Establecimiento R.M.

Gráfico 22: Consultas Médicas de Especialidad SSMN por Tipo de Establecimiento

Gráfico 23: Composición CME Por Área Quirúrgica y Médica 2007

Gráfico 24: Distribución CME en Atención Primaria de Región Metropolitana 2007

Gráfico 25 CME por Especialidades en Atención Primaria 2007

Gráfico 26: Evolución Tasa CME Región Metropolitana 2003 – 2007

Gráfico 27: Evolución de CME por Establecimiento 2003 al 2007

Gráfico 28: Peso relativo CME del SSMN año 2007

Gráfico 29: CME Establecimientos Hospitalarios y COSAM SSMN por mes 2007

Gráfico 30 Tendencia mensual de principales CME SSMN

Gráfico 31: Participación de Egresos Hospitalarios por Comunas del SSMN

Gráfico 32 Egresos Totales por Servicios de Salud

Gráfico 33: Evolución de Tasa de Consumo de Atención Cerrada en Establecimientos Públicos por Servicio de Salud.

Gráfico 34: Distribución de Egresos del SSMN por Establecimiento Públicos 2003 - 2007

Gráfico 35: Evolución Egresos por Previsión Extrasistema SSMN

Gráfico 36: Comparación porcentual de atenciones del SSMN y Fuera del Área según Residencia

Gráfico 37: Evolución de Egresos Hospital San José 2003 al 2007

Gráfico 38 Egresos Complejo Hospitalario San José, según tipo, 2003 -2007, SSMN.

Gráfico 39: Evolución de Egresos Hospital Dr. Roberto del Río 2003 al 2006 156

Gráfico 40: Evolución de Egresos Hospital Dr. José Horwitz Barak 2003 al 2007

Gráfico 41: Evolución de Egresos del Instituto Nacional del Cáncer Caupolicán Pardo 2003 al 2007

Gráfico 42: Evolución Producción Total de IQ SSMN 2003-2007.

Gráfico 43 Evolución Producción Total de IQ Electivas SSMN 2003-2007.

Gráfico 44 Evolución Producción Total de IQ Urgencia SSMN 2003-2007.

Gráfico 45 Evolución de Partos, Cesáreas y Abortos SSMN 2003-2007.

Gráfico 46: Evolución exámenes totales de Laboratorio SSMN 2003-2007.

Gráfico 47: Evolución exámenes SSMN 2003-2007 por tipo de atención.

Gráfico 48: Producción total de exámenes de Imagenología SSMN 2003-2007

Gráfico 49 Evolución exámenes SSMN 2003-2007 por tipo de atención.

Gráfico 50: Ubicación propuesta de nuevos establecimientos

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1 Establecimientos de la Red de Atención SSMN

Cuadro 2 Indicadores Territoriales

Cuadro 3 Distancias Comunales A Hospitales Base SSMN

Cuadro 4 Información De Perfil Socioeconómico Comunal

Cuadro 5 Tasa De Mortalidad

Cuadro 6 Fallecidos Residentes Área Metropolitana Norte por Establecimientos SSMN

Cuadro 7 Diez Principales Causas De Muerte Del SSMN

Cuadro 8 Tasa de Mortalidad por Comunas del SSMN 2003-2005

Cuadro 9 Evolución De 10 1º Grupos De Causas De Muertes SSMN

Cuadro 10 Tendencia Intercensal SSMN 1992-2002, proyección 2002- 2020.

Cuadro 11: Proyección de Población INE por comunas del SSMN 2002-2020

Cuadro 12 Estructura Etárea del SSMN

Cuadro 13 Población Programas Mujer.

Cuadro 14 Población INE Programa Salud Mental

Cuadro 15 Porcentajes de Atencionalidad SSMN 2007-2020

Cuadro 16 Población por Modalidad de Atención SSMN 2007-2020

Cuadro 17 Evolución de Población Usuaria de Atención Abierta por Comunas

Cuadro 18 Evolución Población Usuaria de Atención Cerrada por Comunas

Cuadro 19 Población PUAA-PUAC por Programas SSMN 2006-2020

Cuadro 20. Evolución de Población Objetivo 2007-2020

Cuadro 21 Establecimientos De APS Por Comunas Del Ssmn-2008

Cuadro 22 Tendencia Consulta APS Por Servicios Regionales

Cuadro 23 Tendencia De Consultas Médicas APS RM 2003-2007

Cuadro 24 Composición De CM APS Por Servicios RM 2003-2007

Cuadro 25 Tendencia De Consulta Médica Por Comunas –SSMN

Cuadro 26 Consulta Médica Por Programas 2007 PAIS-RM-SSMN

Cuadro 27. Red Nacional de Urgencia

Cuadro 28 Establecimientos De Urgencia SSSMN.

Cuadro 29 Evolución De CMU Pais – RM– SSMN 2003 al 2007

Cuadro 30 Composición CMU País-RM-SSMN

Cuadro 31 CMU País – Región –SSMN 2003 al 2007

Cuadro 32 CMU Por Tipos De Establecimientos Pais 2003-2007

Cuadro 33. Composición CMU Por Tipo De Establecimiento 2003-2007

Cuadro 34 CMU Por Tipo De Establecimiento SSMN 2003-2007

Cuadro 35. Composición CMU por tipo de establecimiento SSMN 2003-2007

cuadro 36. Categorización CMU país – RM-SSMN 2007

Cuadro 37 Composición De Categorización CMU SSMN-2007

Cuadro 38 Uso de Camilla en Urgencia País- Región Metropolitana – SSMN 2006

Cuadro 39 Categorización Consulta de Urgencia 2007 Región Metropolitana

Cuadro 40 Categorización de Pacientes de Urgencia País – Región Metropolitana 2007

Cuadro 41 Uso de Camilla en Urgencia País – Región Metropolitana – SSMN 2006

Cuadro 42 CMU Atención Primaria y Hospital de baja complejidad por Comuna Programa Adulto 2007

Cuadro 43 CMU Atención Primaria y Hospital de baja complejidad por Comuna Programa Adulto Mayor 2007

Cuadro 44 Peso relativo CMU por Comuna Urgencia Adulto Hospital San José 2006

Cuadro 45 CMU por tamo de Edad Urgencia San José 2006

Cuadro 46 Principales Diagnóstico por grandes causas CMU UEH Hospital San José 2006

Cuadro 47 CMU de San José por mes años 2005, 2006 y 2007

Cuadro 48 Distribución horaria de CMU Urgencia Hospital San José 2007

Cuadro 49 Comportamiento Mensual CMU Roberto del Río

Cuadro 50 Categorización CMU Roberto del Río

Cuadro 51 Composición Mensual CMU Instituto Psiquiátrico 2005 - 2007

Cuadro 52 Derivación y categorización SAPU Salud Mental a Instituto Psiquiátrico 2007

Cuadro 53 Taza Regional CMU/ Población INE 2007

Cuadro 54 Tasa por Población Usuaria de las UEH Hospitalarias 2007

Cuadro 55 Tasa CMU por Población Beneficiaria a nivel Primario 2007

Cuadro 56 Tasa CMU SSMN por Establecimiento en Población Total INE

Cuadro 57 Tasa CMU por Población Objetivo del SSMN

Cuadro 58 Red Regional de Especialidades

Cuadro 59 Evolución de CME País – Región Metropolitana – SSMN 2003 al 2007

Cuadro 60 CME por Establecimiento SSMN / Región Metropolitana, 2003 al 2007

Cuadro 61 Composición de CME por tipo de establecimiento.

Cuadro 62 Compras de servicios externos de CME en Atención Primaria 2003-2007

Cuadro 63 CME por Especialidades y Servicios de salud Región Metropolitana 2007

Cuadro 64 Tasa CME Región Metropolitana observada

Cuadro 65 Evolución CME por Establecimiento SSMN 2003 – 2007

Cuadro 66 CME Nuevas y Controles 2004 al 2007

Cuadro 67 Establecimientos de la Región Metropolitana

Cuadro 68 Funcionalidad de la Red pública y privada del País e inserción del SSMN

Cuadro 69 Composición porcentual de Egresos por Previsión SSMN – RM – País Año 2006

Cuadro 70 Funcionalidad Distinguiendo entre establecimientos Sistema y Extra Sistema.

Cuadro 71 Funcionalidad por Previsión distinguiendo entre los Establecimientos del Sistema y Extra Sistema

Cuadro 72 Composición resolución de atención residentes SSMN 2006

Cuadro 73 Egresos totales por Servicios de Salud, período 2001 - 2007

Cuadro 74 Tasas de Consumo de Total Atención Cerrada Región Metropolitana publico privado / Población INE

Cuadro 75 Tasa de Consumo de Atención Cerrada Región Metropolitana sistema público / Población Usuaría.

Cuadro 76 Porcentaje de relación cama población

Cuadro 77 Índice de Ocupación de los Servicios de Salud Metropolitana

Cuadro 78 Promedio de Días de Estada de Servicios de Salud Metropolitanos

Cuadro 79 Egresos Unidades de Cuidados Preferenciales de la Región Metropolitana

Cuadro 80 Peso relativo Egresos de Cuidados Preferenciales de la Región Metropolitana

Cuadro 81 Camas de Cuidados Preferenciales de la Región Metropolitana

Cuadro 82 Peso relativo de Camas Críticas de la Región Metropolitana

Cuadro 83 Egresos SSMN por Establecimientos 2003-2007

Cuadro 84 Egresos SSMN por Previsión

Cuadro 85 Atenciones en el Extrasistema del Área Norte de las Comunas SSMN 2006

Cuadro 86 Residentes Área Metropolitana Norte atendidos en el Sistema y Extrasistema de otros Servicios de Salud 2006

Cuadro 87 Residentes del Área de Influencia del SSMN según lugar de Atención y Previsión 2006

Cuadro 88 Comparación de atenciones de residentes SSMN en otros Servicios y residentes de otros Servicios atendidos en el San José

Cuadro 89 Egresos Clínicos, Traslados y Egresos Hospitalarios Complejo Hospitalario San José

Cuadro 90 Composición de Egresos Complejo Hospitalario San José sobre Región Metropolitana y País

Cuadro 91 Egresos Hospital San José por Previsión 2006

Cuadro 92 Egresos por Origen Complejo Hospitalario San José 2003 al 2006

Cuadro 93 Egresos UTI Adultos San José RM País 2003 al 2007

Cuadro 94 Movimiento intrahospitalario egresos UTI Adulto Complejo San José 2006

Cuadro 95 Principales diagnósticos del Hospital San José

Cuadro 96 PDE por principales diagnóstico Hospital San José

Cuadro 97 Indicadores Hospitalarios Hospital San José 2007

Cuadro 98 Potencial Lista de Espera Hospital San José resueltas por establecimientos privados

Cuadro 99 Variación ponderada de potencial Lista de Espera Hospital San José

Cuadro 100 . Lista de Espera IQ SSMN Junio 2008 >60 días.

Cuadro 101 Compra de servicios SSMN.

Cuadro 102 Compra de servicios SSMN (Continuación)

Cuadro 103 Egresos Servicios Clínicos, Traslados y Egresos Hospital Dr. Roberto del Río

Cuadro 104 Composición de Egresos Hospital Dr. Roberto del Río sobre Región Metropolitana y País

Cuadro 105 Egresos Hospital Dr. Roberto del Río por Previsión año 2006

Cuadro 106 Egresos por Origen Hospital Dr. Roberto del Río 2003 al 2006

Cuadro 107 Principales diagnósticos del H. Dr. Roberto del Río

Cuadro 108 Promedios de Días de estada por principales diagnóstico Hospital Dr. Roberto del Río

Cuadro 109 Indicadores Hospitalarios

Cuadro 110 Egresos Clínicos, Traslados y Egresos Hospitalarios Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz B.

Cuadro 111 Composición de Egresos sobre Región Metropolitana y País

Cuadro 112 Egresos Hospital Dr. José Horwitz Barak por Previsión 2006

Cuadro 113 Egresos por Origen Hospital Dr. José Horwitz Barak 2003 al 2006

Cuadro 114 Principales diagnósticos del H. Dr. José Horwitz Barak

Cuadro 115 Promedios de Días de estada por principales diagnóstico

Cuadro 116 Indicadores Hospitalarios

Cuadro 117 Egresos Clínicos, Traslados y egresos Hospitalarios

Cuadro 118 Composición de Egresos sobre Región Metropolitana y País

Cuadro 119 Egresos Instituto Nacional del Cáncer Caupolican Pardo

Cuadro 120 Egresos por Origen Instituto Nacional del Cáncer Caupolican Pardo

Cuadro 121 Principales diagnósticos del Instituto del Cáncer Caupolican Pardo

Cuadro 122 Promedios de Días de estada por principales diagnóstico

Cuadro 123 Indicadores Hospitalarios

Cuadro 124 Distribución de Pabellones Red SSMN.

Cuadro 125 Tipos de Intervenciones Quirúrgicas Mayores

Cuadro 126 Cirugías Ambulatorias Electivas

Cuadro 127 Producción Total de IQ SSMN 2003-2007.

Cuadro 128 Producción Total de IQ Electivas SSMN 2003-2007.

Cuadro 129 Producción Total de IQ Urgencia SSMN 2003-2007.

Cuadro 130 Producción Total de Partos, Cesáreas y Abortos SSMN 2003-2007.

Cuadro 131 Exámenes de Laboratorio que realiza el SSMN.	
Cuadro 132 Producción Total de Exámenes de Laboratorio SSMN 2003-2007.	
Cuadro 133 Producción Total de Exámenes de Imagenología SSMN 2003-2007.	
Cuadro 134 Población Objetivo 2008-2020.	
Cuadro 135 : Estimación de Brecha de CESFAM, según Población Año 2008-2020.	
Cuadro 136 Brecha CESFAM o Símil por Sectores	
Cuadro 137 Estimación del Tipo Constructivo, según Densidad Poblacional	
Cuadro 138 Estimación de SAPU. Evaluación Global SSMN, según Estándar 1 SAPU por cada 50.000 Hab.	
Cuadro 139 Brecha SAPU por Sector	206
Cuadro 140 Resumen de centros de APS y recomendaciones a desarrollar.	207
Cuadro 141 Consultas Históricas de especialidad SSMN H. San José	207
Cuadro 142 Consultas Históricas por especialidad H. Roberto del Río-Psiquiátrico-Oncológico-Til-Til	209
Cuadro 143 Ajustes de Año Base por Criterios Relevantes H. San José	210
Cuadro 144 Ajuste Año Base H. Roberto del Río- Psiquiátrico.-Oncológico-y otros	
Cuadro 145 Proyección de Consultas de Especialidad Hospital San José	
Cuadro 146 Proyección de especialidades Hospital Roberto del Río-Oncológico-Psiquiátrico	
Cuadro 147 Egresos Bases por Establecimiento	
Cuadro 148 Ajustes año base por diferentes factores Hospital San José- Hospital Roberto del Río	
Cuadro 149 Ajuste año base por diferentes factores H. Psiquiátrico-Oncológico	
Cuadro 150 Proyección de egresos y dimensionamiento de camas y brechas.	
Cuadro 151 Consultas bases Atención de Urgencia	
Cuadro 152 Coeficientes.	
Cuadro 153 Consultas Médicas de Urgencia Proyectadas	
Cuadro 154 Intervenciones Electivas, de Urgencia Partos y Cesáreas	
Cuadro 155 Proyección de Exámenes de Laboratorio.	
Cuadro 156 Proyección de Exámenes de Imagenología	
Cuadro 157 Proyección de Área Medicina Transfusional.	
Cuadro 158 Demanda- Brechas-Inversión En Proceso y Nuevas	
Cuadro 159 Brechas resultantes SSMN	
Cuadro 160 Ajustes de Composición de camas SSMN	

Cuadro 161 Cierre de brechas SSMN

Cuadro 162: Suma de brecha CME 2007

Cuadro 163 Carta de Planificación de inversiones APS

Cuadro 164 Programación de establecimientos hospitalarios.

Cuadro 165 Inversiones estimadas de la RED APS y Hospitalaria Relevante.

TABLAS Y GRÁFICOS DESTACADOS

A continuación se identifican tablas y gráficos destacados del estudio resultante.

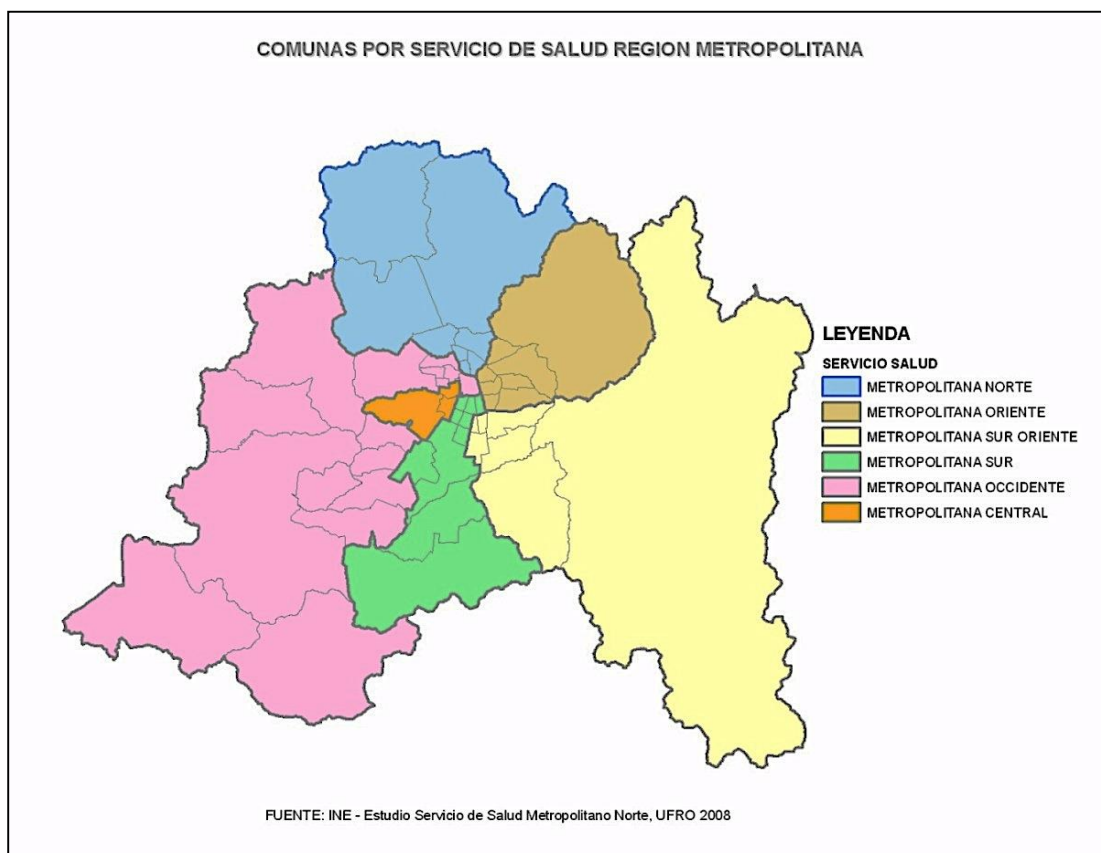


Gráfico 2. Comunas por Servicio de Salud Región Metropolitana

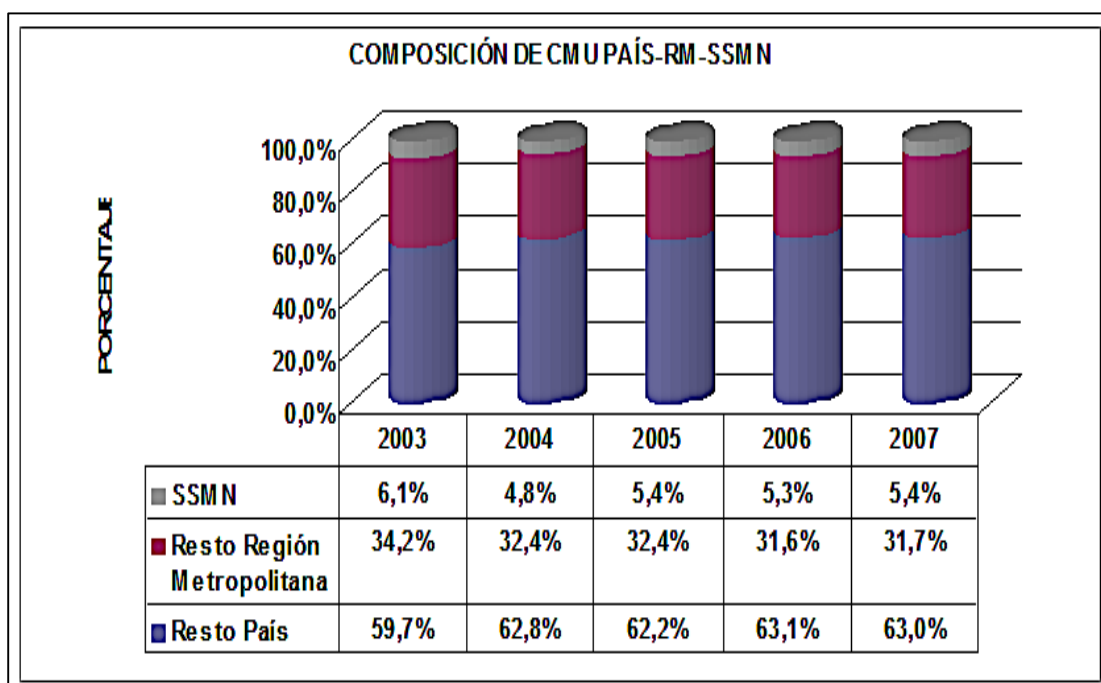


Gráfico 13. Peso de CMU por País-RM-SSMN . Fuente: UFRO

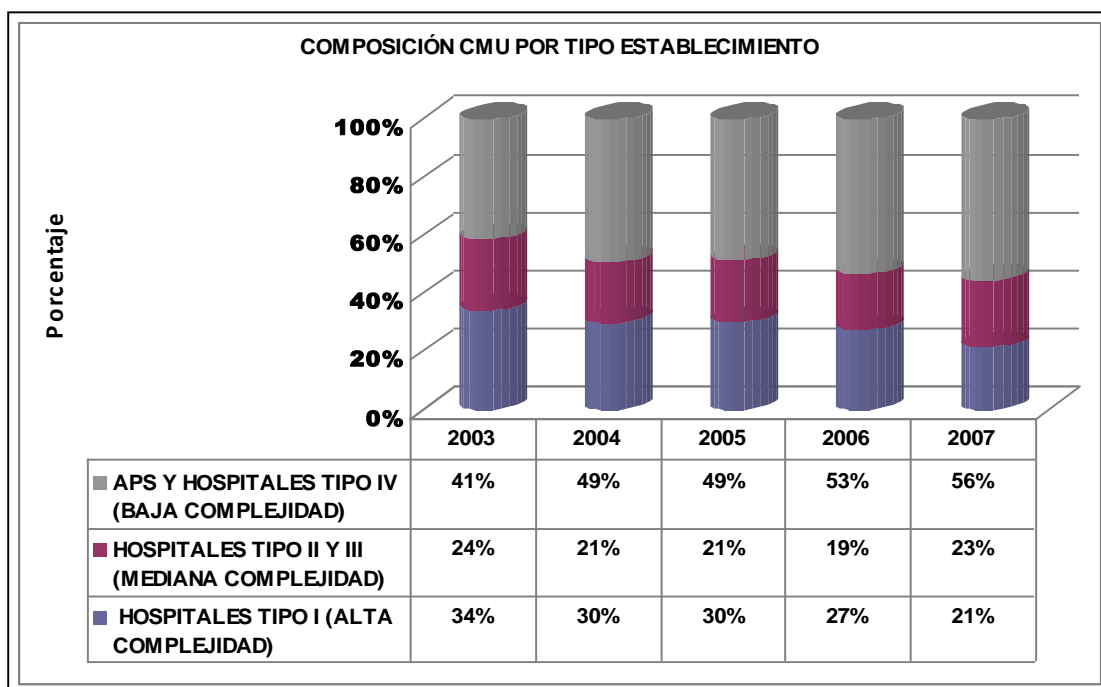


Gráfico 14. Peso CMU por Tipo de Establecimiento País. Fuente: UFRO – DEIS - REM – MINSAL

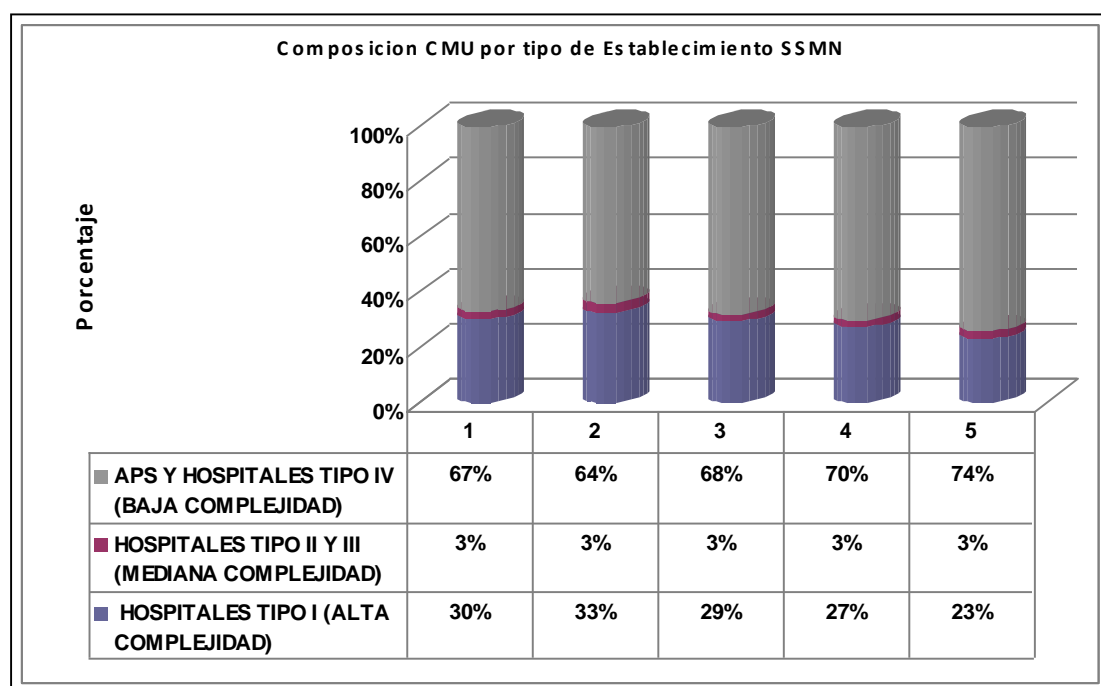


Gráfico 15. Peso De CMU Por Establecimiento SSMN 74. Fuente: UFRO – DEIS - REM – MINSAL

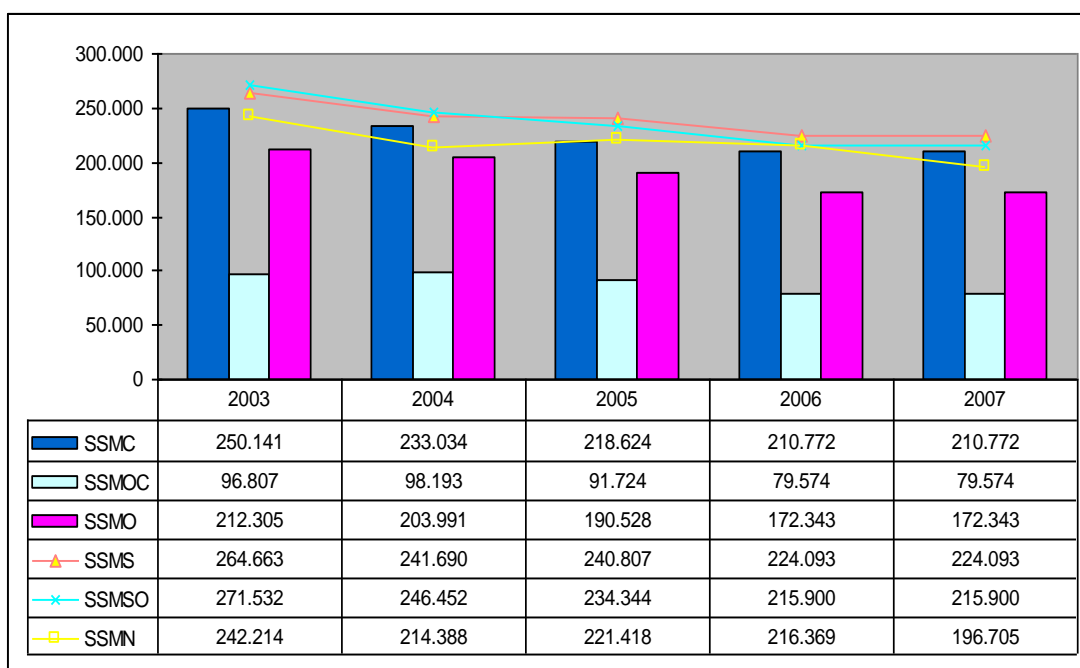


Gráfico 16. Evolución CMU Región Metropolitana 2003 al 2007 Fuente: UFRO – REM – DEIS – MINSAL

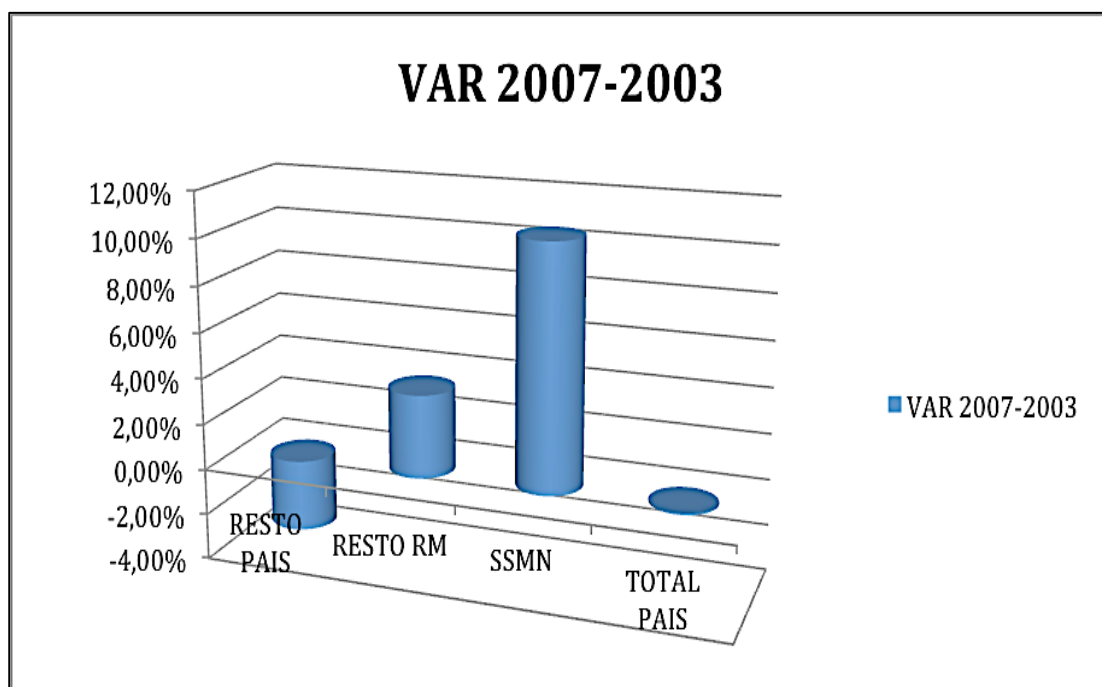


Gráfico 17. Evolución de CME del SSMN Versus Resto de RM y Resto del País. Fuente: UFRO Base DEIS MINSAL.

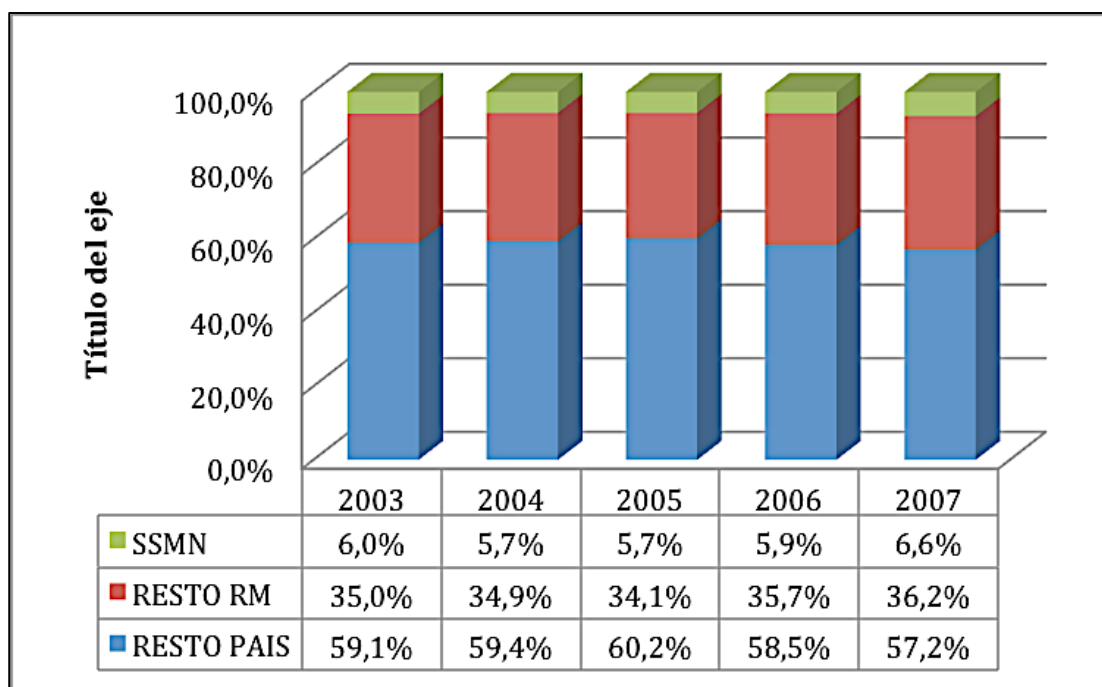


Gráfico 18. Composición Comparada de Consultas Médicas de Especialidad Chile RM y SSMN. Fuente: Basado en Información DEIS MINSAL.

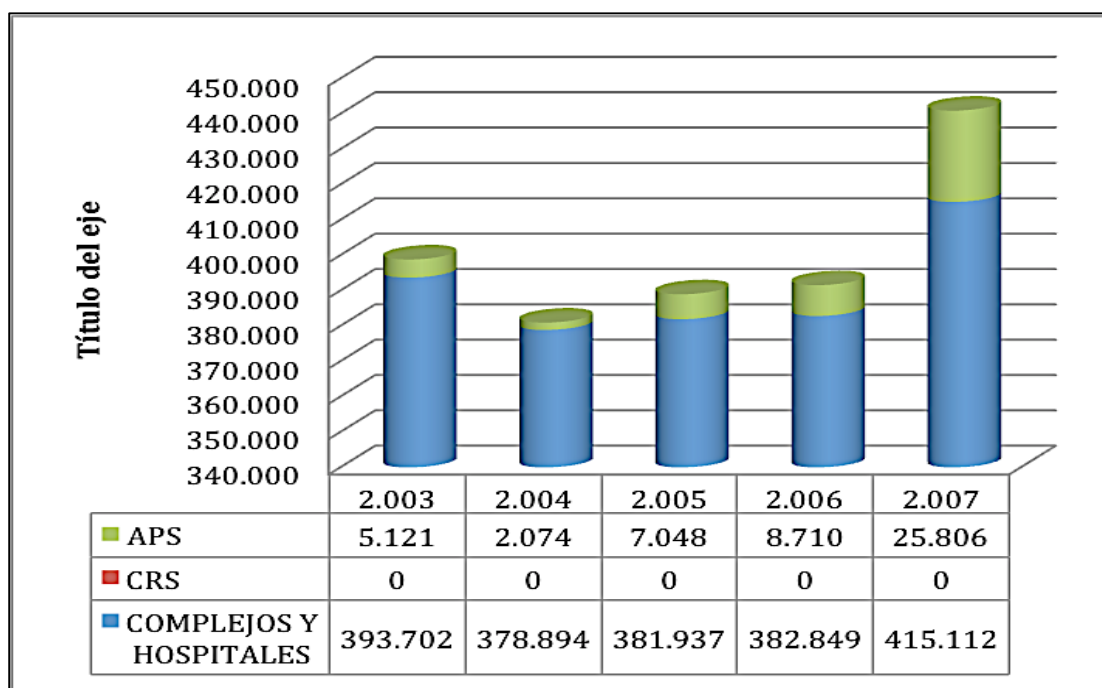


Gráfico 22. Consultas Médicas de Especialidad SSMN por Tipo de Establecimiento. Fuente: UFRO-DEIS-MINSAL

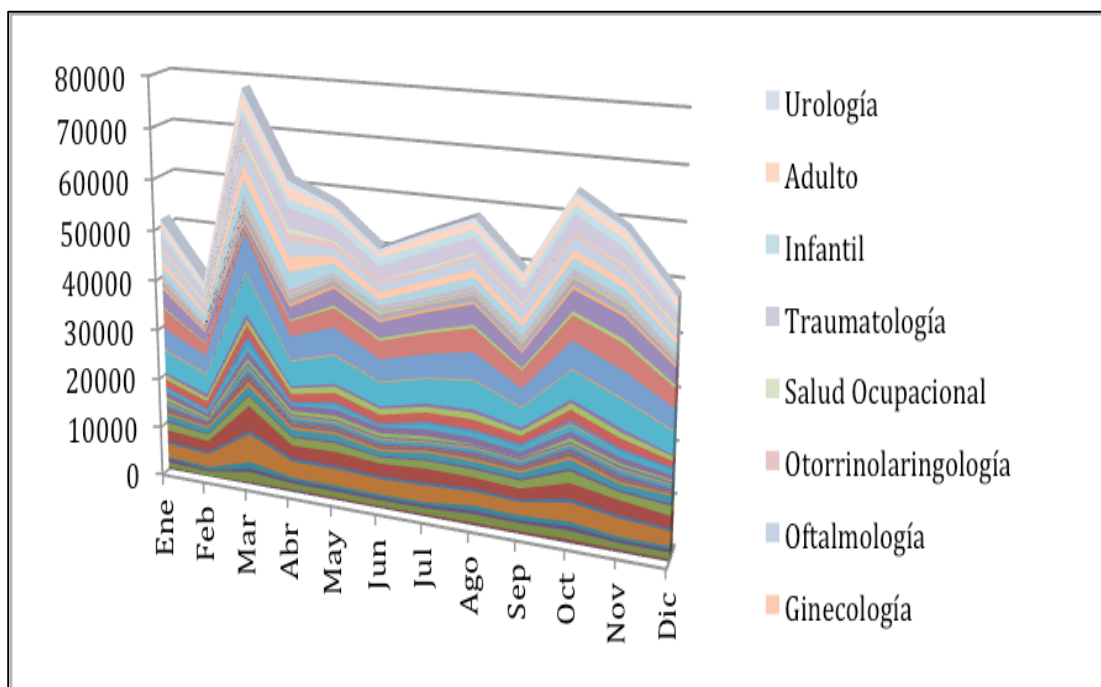


Gráfico 29. Tendencia mensual de las CME en el servicio. Fuente: UFRO-DEIS-MINSAL

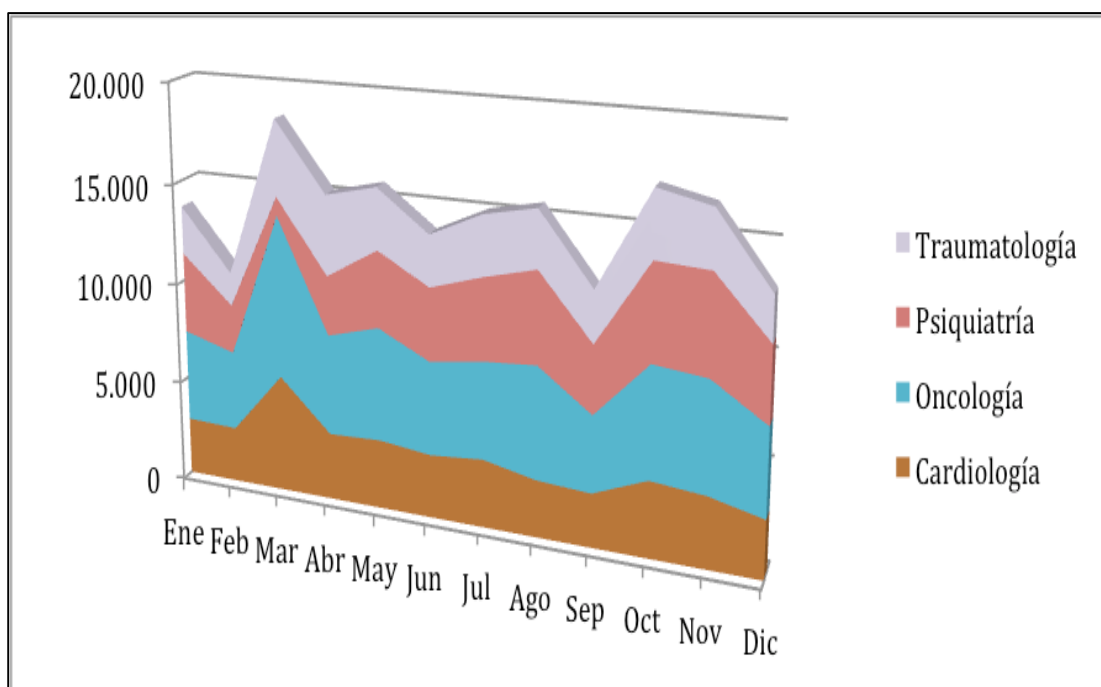


Gráfico 30. Tendencia mensual de principales CME SSMN. Fuente: UFRO basado en datos DEIS MINSAL.

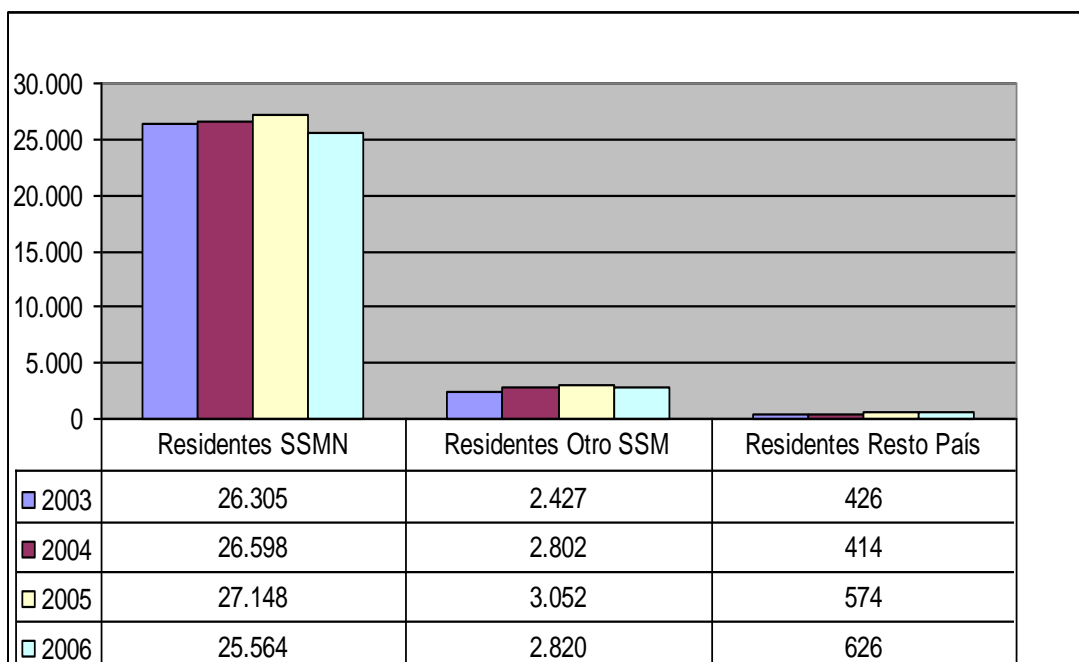


Gráfico 37. Evolución de Egresos Hospital San José 2003 al 2007. Fuente: UFRO-Base de datos egresos e Indicadores hospitalarios DEIS-MINSAL.

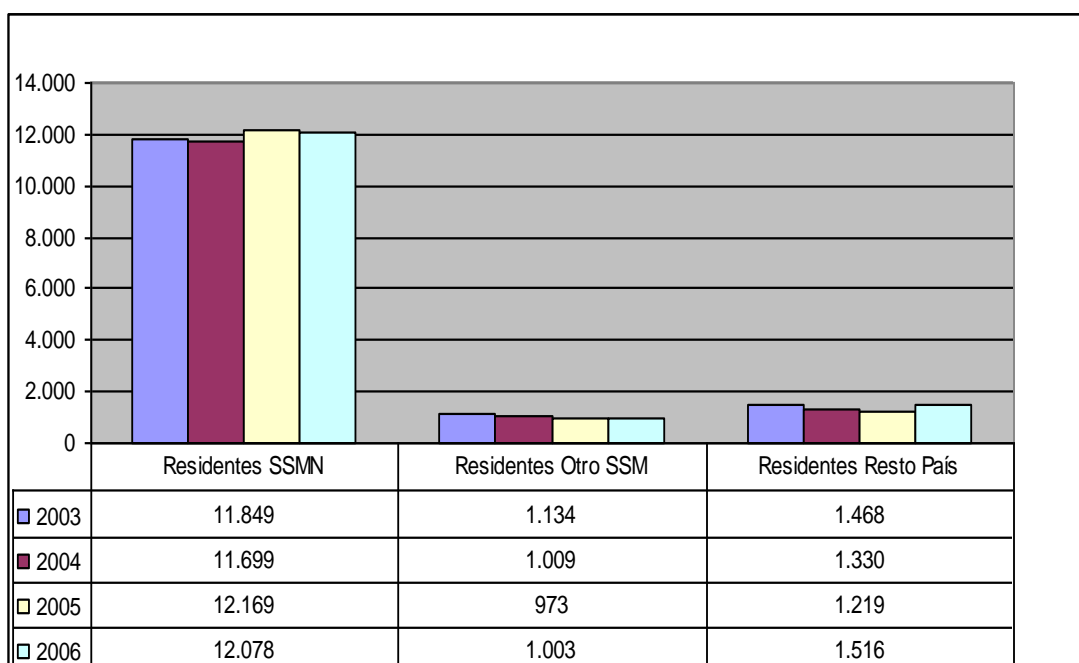


Gráfico 39. Evolución de Egresos Hospital Dr. Roberto del Río 2003 al 2006. Fuente: UFRO-Base de datos egresos e Indicadores hospitalarios DEIS-MINSAL.

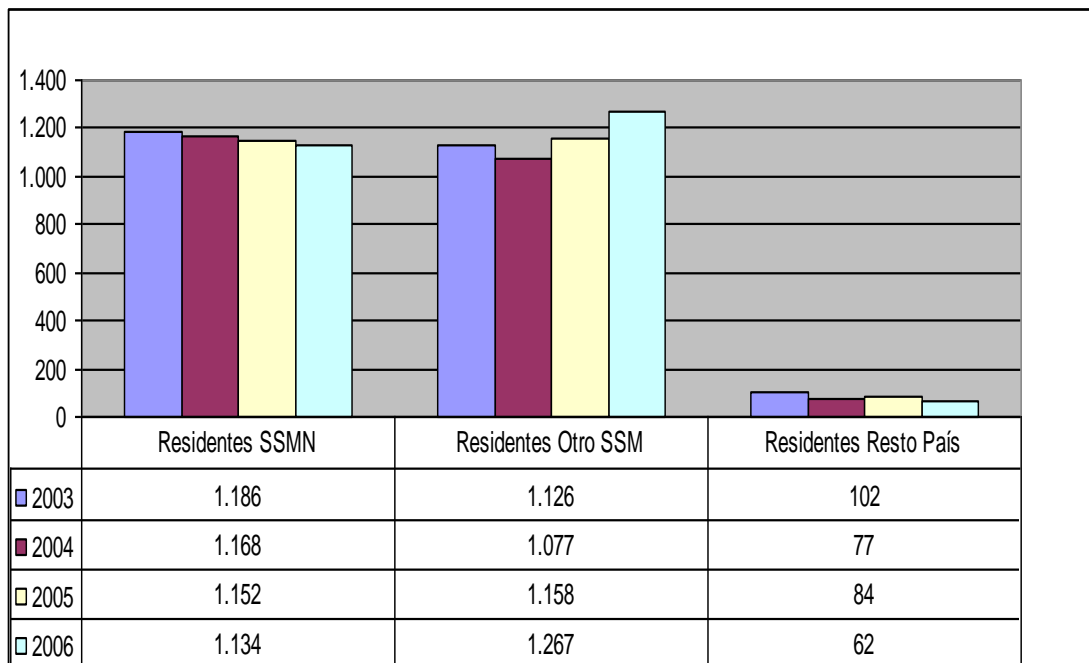


Gráfico 40. Evolución de Egresos Hospital Dr. José Horwitz Barak 2003 al 2007.
Fuente: UFRO-Base de datos Egresos País DEIS-MINSAL.

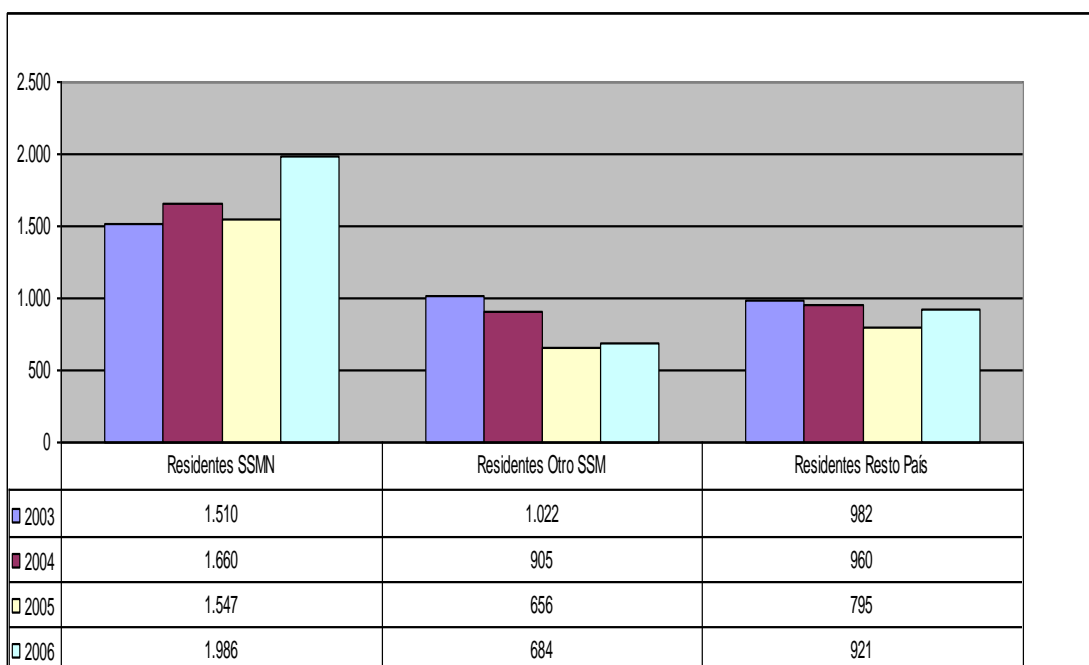


Gráfico 41. Evolución de Egresos del Instituto Nacional del Cáncer Caupolicán Pardo 2003 al 2007. Fuente: UFRO-Base de datos egresos e Indicadores hospitalarios DEIS-MINSAL.

Cuadro 4 . Información De Perfil Socioeconómico Comunal.

PERFIL HABITANTES COMUNAS SSMN						
Hogares	Hogares	Ingreso Autónomo promedio del hogar	Tamaño promedio del hogar	Escolaridad promedio del jefe de hogar	Jefatura femenina	Porcentaje de Hogares pobres
Independencia	14,974	\$ 611,820	3.7	10.8	37.9	5.7
Recoleta	36,660	\$ 463,524	3.6	9.4	31.8	8.6
Huechuraba	20,394	\$ 687,804	4	9	31.5	12.2
Quilicura	44,920	\$ 647,878	3.9	11	25.6	5.4
Conchalí	32,579	\$ 520,661	3.6	9	32.3	6.7
Lampa	12,693	\$ 387,665	4.2	7.7	27.9	14.1
Til til	4,134	\$ 458,034	3.8	8.2	19.9	7.1
Colina	25,343	\$ 592,439	3.6	9	25.3	11.2
SSMN	191,697	\$ 546,228	3.8	9.2625		
RM	1,750,695	\$ 795,268	3.7	10.4	30.7	8.7

Cuadro 7. Diez Principales Causas de Muerte del SSMN.

CAUSAS DE MUERTE	2005					
	SSMN		REGION METROPOLITANA		PAIS	
	FALLECIDOS	PESO RELATIVO	FALLECIDOS	PESO RELATIVO	FALLECIDOS	PESO RELATIVO
ENFERMEDADES ISQUIMICAS DEL CORAZON	303	7,54%	2.860	8,92%	7.948	9,50%
TUMORES MALIGNOS DE LOS ORGANOS DIGESTIVOS	355	8,84%	1.032	3,22%	3.092	3,70%
ENFERMEDADES CEREBRO-VASCULARES	318	7,92%	2.647	8,26%	7.698	9,20%
OTRAS ENFERMEDADES DEL CORAZON	212	5,28%	1.535	4,79%	3.889	4,65%
DIABETES MELLITUS	220	5,48%	1.413	4,41%	3.382	4,04%
INFLUENZA (GRIPE) NEUMONÍA	154	3,83%	1.097	3,42%	3.097	3,70%
TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS INCLUIDOS TRASTORNOS SINTOMATICOS	145	3,61%	0	0,00%	0	0,00%
ENFERMEDADES DEL HIGADO	130	3,24%	1.398	4,36%	3.488	4,17%
ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	123	3,06%	1.132	3,53%	2.297	2,75%
ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	149	3,71%	1.337	4,17%	3.161	3,78%
TOTAL 10 PRIMERAS CAUSAS	2.109	52,50%	14.451	45,09%	38.052	45,48%
RESTO DE CAUSAS	1.908	47,50%	17.595	54,91%	45.620	54,52%
TOTAL CAUSAS DE MUERTE	4.017	100%	32.046	100,00%	83.672	100,00%

Fuente: UFRO DEIS MINSAL Base Datos fallecidos País 2005 y Proyección de población INE 1990 al 2020.

Cuadro 8. Tasa de Mortalidad por Comunas del SSMN 2003-2005.

	2003			2004			2005		
	Fallecidos	Población INE	Tasa*1000	Fallecidos	Población INE	Tasa*1000	Fallecidos	Población INE	Tasa*1000
COLINA	272	88.831	3,062	299	91.799	3,257	290	94.762	3,060
CONCHALI	855	127.519	6,705	957	125.094	7,650	858	122.660	6,995
HUECHURABA	311	79.171	3,928	327	80.253	4,075	298	81.334	3,664
INDEPENDENCIA	885	61.703	14,343	923	60.430	15,274	836	59.169	14,129
LAMPA	204	47.187	4,323	227	49.156	4,618	211	51.121	4,127
QUILICURA	309	151.505	2,040	380	158.468	2,398	401	165.427	2,424
RECOLETA	1.116	143.508	7,777	1.098	141.389	7,766	1.043	139.273	7,489
TIL TIL	78	15.504	5,031	62	15.643	3,963	80	15.778	5,070
Total Fallecidos	4.030	714.928	5,637	4.273	722.232	5,916	4.017	729.524	5,506

Nota. Las mayores tasas de Mortalidad están localizadas en las Comunas de Independencia, Recoleta y Conchalí.

Cuadro 12. Estructura Etaria del SSMN.

	Infantil 0 a 14 Años			Adulto 15 a 64 años			Adulto Mayor 64 y Más Años			TOTAL SSMN		
	2002	2008	2020	2002	2008	2020	2002	2008	2020	2002	2008	2020
TOTAL SSMN	192.557	185.461	188.741	464.819	507.473	574.016	50.233	59.357	82.368	707.609	752.291	845.125
COLINA	25.500	27.931	33.237	56.949	71.171	96.285	3.418	4.867	10.091	85.867	103.969	139.613
CONCHALI	31.259	23.376	13.393	85.320	77.022	54.580	13.359	14.480	14.658	129.938	114.878	82.631
HUECHURABA	22.801	21.808	19.421	51.075	55.778	59.173	4.216	6.023	8.694	78.092	83.609	87.288
INDEPENDENCIA	12.774	9.700	5.523	41.699	36.816	25.005	8.490	8.673	8.582	62.963	55.189	39.110
LAMPA	14.409	16.516	22.363	28.461	38.045	58.413	2.345	3.227	6.358	45.215	57.788	87.134
QUILICURA	46.373	54.376	73.748	94.505	128.631	204.045	3.681	5.807	15.657	144.559	188.814	293.450
RECOLETA	34.770	27.450	17.127	97.197	89.515	65.790	13.652	15.008	16.597	145.619	131.973	99.514
TIL TIL	4.671	4.304	3.929	9.613	10.495	10.725	1.072	1.272	1.731	15.356	16.071	16.385

VARIACION POBLACION TOTAL INE

	Infantil 0 a 14 Años			Adulto 15 a 64 años			Adulto Mayor 64 y Más Años			TOTAL SSMN		
	2002 / 2008	2008 / 2020	2002 / 2020	2002 / 2008	2008 / 2020	2002 / 2020	2002 / 2008	2008 / 2020	2002 / 2020	2002 / 2008	2008 / 2020	2002 / 2020
TOTAL SSMN	-3,7%	1,8%	-2,0%	9,2%	13,1%	23,5%	18,2%	38,8%	64,0%	6,3%	12,3%	19,4%
COLINA	9,5%	19,0%	30,3%	25,0%	35,3%	69,1%	42,4%	107,3%	195,2%	21,1%	34,3%	62,6%
CONCHALI	-25,2%	-42,7%	-57,2%	-9,7%	-29,1%	-36,0%	8,4%	1,2%	9,7%	-11,6%	-28,1%	-36,4%
HUECHURABA	-4,4%	-10,9%	-14,8%	9,2%	6,1%	15,9%	42,9%	44,3%	106,2%	7,1%	4,4%	11,8%
INDEPENDENCIA	-24,1%	-43,1%	-56,8%	-11,7%	-32,1%	-40,0%	2,2%	-1,0%	1,1%	-12,3%	-29,1%	-37,9%
LAMPA	14,6%	35,4%	55,2%	33,7%	53,5%	105,2%	37,6%	97,0%	171,1%	27,8%	50,8%	92,7%
QUILICURA	17,3%	35,6%	59,0%	36,1%	58,6%	115,9%	57,8%	169,6%	325,3%	30,6%	55,4%	103,0%
RECOLETA	-21,1%	-37,6%	-50,7%	-7,9%	-26,5%	-32,3%	9,9%	10,6%	21,6%	-9,4%	-24,6%	-31,7%
TIL TIL	-7,9%	-8,7%	-15,9%	9,2%	2,2%	11,6%	18,7%	36,1%	61,5%	4,7%	2,0%	6,7%

Cuadro 20. Evolución de Población Objetivo 2007-2020.

Población Objetivo SSMN 2007-2020						Área de Influencia		
Establ.	Prestación	G. Objetivo	2007	2008	2020	SSMN	RM	PAIS
HSJ	Cirugía Adulto	15 años y +	406.233	413.204	483.963	100%		
HSJ	Especialidades Quirúrgicas	15 años y +	406.233	413.204	483.963	100%		
HSJ	Medicina	15 años y +	406.233	413.204	483.963	100%		
HSJ	Neonatología	15 años y +	9.171	9.223	8.322	100%		
HSJ	Obstetricia	Menor 1 Año	127.961	128.863	135.486	100%		
HSJ	Ginecología	Mujer 15 - 45	206.154	209.674	245.472	100%		
HSJ	Pensionado	Mujer 15 y +	406.233	413.204	483.963	100%		
HSJ	Médico Quirúrgico	15 años y +	406.233	413.204	483.963	100%		
HSJ	UCI	15 años y +	406.233	413.204	483.963	100%		
HSJ	UCI Neonatología	Menor 1 año	9.171	9.223	8.322	100%		
HSJ	UTI Neonatología	Menor 1 año	9.171	9.223	8.322	100%		
HSJ	UTI	15 años y +	406.233	413.204	483.963	100%		
HRR	Cirugía Infantil	0 -14 Años	330.669	327.320	321.608	83%	10%	7%
HRR	Neuro Psiquiatría Infantil	0 - 14 Años	330.669	327.320	321.608	83%	10%	7%
HRR	Pediatría	0 -14 Años	330.669	327.320	321.608	83%	10%	7%
HRR	Pensionado	0 - 14 Años	330.669	327.320	321.608	83%	10%	7%
HRR	Traumatología y Ortopedia	0 - 14 Años	330.669	327.320	321.608	83%	10%	7%
HRR	Indiferenciado	0 - 14 Años	330.669	327.320	321.608	83%	10%	7%
HRR	Oncología	0 - 14 Años	330.669	327.320	321.608	83%	10%	7%
HRR	UCI. Pediatría	0 - 14 Años	330.669	327.320	321.608	83%	10%	7%
HRR	Unidad Emergencia Infantil	0 - 14 Años	330.669	327.320	321.608	83%	10%	7%
IPSJ H	Neurocirugía	15 años y +	9.079.863	9.234.631	10.654.995	100%	100%	100%
IPSJH	Desint de alcohol y drogas y Tto	15 años y +	9.079.863	9.234.631	10.654.995	100%	100%	100%
I PSJH	Psiquiatría Corta Estadía	15 años y +	9.079.863	9.234.631	10.654.995	100%	100%	100%
IPSQJH	Psiquiatría Crónico	15 años y +	9.079.863	9.234.631	10.654.995	100%	100%	100%

Cuadro 25. *Tendencia De Consulta Médica Por Comunas –SSMN*

COMUNA						% Varia.
	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006	Año 2007	2003-2007
CONCHALÍ	168.958	164.937	158.539	150.134	107.594	-36.31
HUECHURABA	68.595	74.408	82.903	76.699	77.651	13.20
INDEPENDENCIA	78.353	77.542	67.214	67.137	67.538	-13.80
QUILICURA	90.220	108.608	130.083	124.180	108.491	20.25
RECOLETA	229.978	232.085	231.708	200.852	168.384	-26.78
COLINA	76.782	85.710	73.132	69.842	85.065	10.78
LAMPA	35.800	41.666	52.224	48.862	49.869	39.29
TIL TIL	17.523	19.078	25.849	22.514	19.306	10.17
Total	766.209	804.034	821.652	760.220	683.898	-10.14
Fuente: DEIS-MINSAL-SSMN						

Cuadro 32. *CMU por Tipos de Establecimientos País 2003-2007.*

AGRUPACION POR TIPO ESTABLECIMIENTO	2003	2004	2005	2006	2007	VAR % 2003-2007
HOSPITALES TIPO I (ALTA COMPLEJIDAD)	4.479.614	4.052.974	4.205.919	4.086.159	3.390.469	-24%
HOSPITALES TIPO II Y III (MEDIANA COMPLEJIDAD)	3.159.515	2.858.601	2.966.475	2.882.008	3.616.715	14%
APS Y HOSPITALES TIPO IV (BAJA COMPLEJIDAD)	5.405.764	6.651.839	6.834.904	7.915.656	8.763.480	62%
TOTAL PAIS	13.044.893	13.563.414	14.007.298	14.883.823	15.770.664	21%

Fuente: UFRO – DEIS - REM – MINSAL

Cuadro 34. *CMU por Tipo de Establecimiento SSMN 2003-2007.*

AGRUPACION POR TIPO ESTABLECIMIENTO	2003	2004	2005	2006	2007	var % 2003-2007
HOSPITALES TIPO I (ALTA COMPLEJIDAD)	242.214	214.388	221.418	216.369	196.705	-18,8
HOSPITALES TIPO II Y III (MEDIANA COMPLEJIDAD)	22.151	22.862	19.599	20.225	22.099	-0,2
APS Y HOSPITALES TIPO IV (BAJA COMPLEJIDAD)	536.197	418.833	512.754	556.745	625.898	16,7
TOTAL SSMN	800.562	656.083	753.771	793.339	844.702	5,5

Fuente: UFRO – DEIS - REM – MINSAL

Cuadro 36. *Categorización CMU- PAÍS – RM-SSMN 2007.*

CATEGORIZACION	SSMN			Resto R. Metropolitana	Resto País
	San José	R. Río	Total		
C1	1,93%	0,04%	1,03%	1,73%	1,46%
C2	4,40%	9,50%	6,83%	12,15%	10,47%
C3	60,42%	79,73%	69,63%	48,33%	44,94%
C4	33,26%	10,72%	22,51%	37,79%	43,13%
Total categorización	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: UFRO REM DEIS MINSAL y base de datos hospitales citados.

Cuadro 37. *Composición de Categorización CMU SSMN-2000*

	CHSJ	%	HRR	%	RM	%	Resto País	%
C1	1,495	2	30	0%	7,948	2	25,905	1
C2	3,407	4	6713	10%	55,799	12	185,84	10
C3	46,812	60	56329	80%	222,045	48	797,774	45
C4	25,769	33	7574	11%	173,601	38	765,751	43
Total Evaluado	77,483		70646		459,393		1,775,270	
Total consultas	99,744		96961		1,056,365		5,170,814	
% analizado	78%		73%		43%		34%	

Fuente: UFRO REM DEIS MINSAL y base de datos hospitales citados.

Cuadro 45. *CMU por tramo de Edad Urgencia San José 2006.*

GRUPO ETAREO	TOTAL	% 2006	% 2005	(2006-2005)
15 a 20 años	2.739	11%	12,36%	-1,62%
21 a 30 años	4.372	17%	18,41%	-1,26%
31 a 40 años	4.269	17%	17,79%	-1,04%
41 a 50 años	4.176	16%	15,44%	0,94%
51 a 60 años	3.287	13%	12,52%	0,37%
61 a 70 años	2.783	11%	10,08%	0,83%
71 a 80 años	2.582	10%	8,90%	1,22%
81 y más años	1.282	5%	4,49%	0,54%

Fuente: UFRO- SSMN

Cuadro 46. *Principales Diagnóstico por grandes causas CMU UEH Hospital San José 2006.*

Diagnóstico	Porcentaje Frecuencia
TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CAUSAS EXTERNAS	33,3%
SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS	14,5%
ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	8,2%
ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	7,4%
ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	6,1%
ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	6,0%
CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	4,9%
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	4,9%
CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	4,3%
ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	2,8%
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	2,2%
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	1,6%
ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES	1,3%
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	1,2%
ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	0,9%
ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	0,3%
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	0,1%
TUMORES (NEOPLASIAS)	0,04%
MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	0,02%

Fuente: SSMN.

Cuadro 50. *Categorización CMU Roberto del Río.*

CATEGORIZACION	2007
C1	30
C2	6.713
C3	56.329
C4	7.574
Sin Categorizar	26.315
Total	96.961
% Categorizado	72,86%
C1	0,03%
C2	6,92%
C3	58,09%
C4	7,81%

Fuente: UFRO-DEIS-MINSAL

Cuadro 61. *Composición de CME por tipo de establecimiento.*

CME POR TIPO ESTABLECIMIENTO R.M	2,003	2,004	2,005	2,006	2,007	VAR % 2003-2007
COMPLEJOS Y HOSPITALES	2,565,827	2,553,331	2,380,060	2,374,973	2,390,859	-6.82%
CRS	113,623	123,851	301,463	351,415	362,880	219.37%
APS	52,294	40,843	38,318	42,641	104,253	99.36%
TOTAL R.M	2,731,744	2,718,025	2,719,841	2,769,029	2,857,992	
COMPOSICIÓN % POR TIPO ESTAB.	2,003	2,004	2,005	2,006	2,007	
COMPLEJOS Y HOSPITALES	94%	94%	88%	86%	84%	
CRS	4%	5%	11%	13%	13%	
APS	2%	2%	1%	2%	4%	
TOTAL R.M	100%	100%	100%	100%	100%	
CME POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO SSMN	2,003	2,004	2,005	2,006	2,007	VARIACIÓN % 2003-2007
COMPLEJOS Y HOSPITALES	393,702	378,894	381,937	382,849	415,112	5%
CRS	0	0	0	0	0	0%
APS	5,121	2,074	7,048	8,710	25,806	404%
TOTAL SSMN	398,823	380,968	388,985	391,559	440,918	11%

Fuente: UFRO Base DEIS- MINSAL

Cuadro 65. *Evolución CME por Establecimiento SSMN 2003 – 2007.*

ESTABLECIMIENTO	2003	2004	2005	2006	2007	VAR %	PESO
COMPLEJO SAN JOSE	207,393	200,416	202,232	193,428	235,336	13%	53.37%
ROBERTO DEL RIO	100,663	94,177	99,254	101,118	99,741	-1%	22.62%
PSIQUIATRICO	34,801	35,850	32,203	32,875	28,215	-19%	6.40%
ONCOLOGICO	50,845	48,451	48,248	55,428	51,820	2%	11.75%
HOSPITAL TIL TIL	187	179	191	204	178	-5%	0.04%
COSAM			0	4,304	13,707	218%	3.11%
APS	2,825	1,895	2,825	1,812	9,085	222%	2.06%
Compra de Servicios	2,109		4,032	2,390	2,836	34%	0.64%
Total SSMN	398,823	380,968	388,985	391,559	440,918	11%	100%

Fuente: UFRO REM DEIS MINSAL COSAM: variación calculada sobre años disponibles

Cuadro 66. CME Nuevas y Controles 2004 al 2007.

Origen de la Consulta	CME NUEVAS				PESO RELATIVO NUEVOS			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
TOTAL CME	398.823	380.968	388.985	440.918	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Control	308.848	302.907	315.379	367.689	77,4%	79,5%	81,1%	83,4%
Nuevos	89.975	78.061	73.606	73.229	22,6%	20,5%	18,9%	16,6%
APS	66.399	53.071	52.029	44.296	73,8%	68,0%	70,7%	60,5%
CAE/CDT	22.198	24.990	21.577	25.986	24,7%	32,0%	29,3%	35,5%
Urgencia	1.378	0	0	2.947	1,5%	0,0%	0,0%	4,0%

Fuente: UFRO REM DEIS MINSAL

Cuadro 73. Egresos totales por Servicios de Salud, período 2001 – 2007.

SERVICIOS DE SALUD	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
METROPOLITANO CENTRAL	45.064	46.175	45.475	44.599	45.479	45.416	45.325
METROPOLITANO NORTE	46.899	46.786	59.742	60.431	50.741	49.921	49.826
METROPOLITANO OCCIDENTE	65.946	65.856	67.111	49.916	65.291	63.684	64.843
METROPOLITANO ORIENTE	58.811	60.203	63.155	66.316	66.705	66.543	67.335
METROPOLITANO SUR	72.500	72.282	72.947	65.574	69.078	69.710	73.053
METROPOLITANO SUR ORIENTE	65.279	43.454	42.122	69.267	65.341	68.112	71.662
Total Región Metropolitana	354.499	334.756	350.552	356.103	362.635	363.386	372.044

Fuente: Elaboración UFRO- BASE DEIS MINSAL

Cuadro 77. Índice de Ocupación de los Servicios de Salud Metropolitano.

SERVICIOS SALUD	2003	2004	2005	2006	2007
SSMC	78,0	76,3	78,0	79,0	72,0
SSMN	77,4	83,0	84,6	87,0	89,5
SSMOC	73,4	73,8	75,6	76,3	77,6
SSMO	79,9	80,9	79,4	80,1	79,9
SSMS	79,9	79,2	81,0	81,0	82,4
SSMSO	77,7	77,1	78,6	80,5	79,6
Región Metropolitana	78,0	77,8	78,8	79,6	79,5

Fuente: UFRO-Base de egresos DEIS-MINSAL

Cuadro 78. *Promedio de Días de Estada de Servicios de Salud Metropolitanos.*

SERVICIOS SALUD	2003	2004	2005	2006	2007
SSMC	4,7	4,9	4,8	4,8	3,8
SSMN	6,2	6,2	5,9	6,2	6,5
SSMOC	4,1	4,2	4,3	4,3	4,4
SSMO	4,7	4,4	3,6	3,6	3,8
SSMS	5,2	5,0	4,9	4,7	4,6
SSMSO	5,0	5,1	4,9	5,0	4,3
R. Metropolitana	4,7	4,7	4,5	4,5	4,3

Fuente: UFRO-Base egreso DEIS-MINSAL.

Cuadro 79. *Egresos Unidades de Cuidados Preferenciales de la Región Metropolitana.*

	EGRESOS				
	2003	2004	2005	2006	2007
SSMC	4.394	4.285	3.927	4.407	4.430
SSMN	14.065	14.512	16.922	16.109	15.858
SSMO	9.674	20.621	13.615	13.998	13.830
SSMOC	10.225	10.076	11.437	11.610	11.113
SSMS	7.584	10.686	10.885	11.693	11.976
SSMSO	3.271	5.388	4.720	4.626	4.774
Total General	49.213	65.568	61.506	62.443	61.981

Fuente: UFRO-Base de Egresos País DEIS-MINSAL.

Cuadro 16. *Peso relativo Egresos de Cuidados Preferenciales de la Región Metropolitana.*

	EGRESOS				
	2003	2004	2005	2006	2007
SSMC	8,93%	6,54%	6,38%	7,06%	7,15%
SSMN	28,58%	22,13%	27,51%	25,80%	25,59%
SSMO	19,66%	31,45%	22,14%	22,42%	22,31%
SSMOC	20,78%	15,37%	18,59%	18,59%	17,93%
SSMS	15,41%	16,30%	17,70%	18,73%	19,32%
SSMSO	6,65%	8,22%	7,67%	7,41%	7,70%

Fuente: UFRO-Base de Egresos País DEIS-MINSAL.

Cuadro 83. Egresos SSMN por Establecimientos 2003-2007.

ESTABLECIMIENTOS	2003		2004		2005		2006		2007		Promedios	
	Egresos	Distribución	Egresos	Distribución	Egresos	Distribución	Egresos	Distribución	Egresos	Distribución	Egresos	Distribución
Hospital San José	29.158	48,8%	29.814	49,3%	30.774	49,8%	29.010	46,7%	30.063	46,7%	29.764	48,7%
Hospital Dr. Roberto del Río	14.451	24,2%	14.038	23,2%	14.361	23,3%	14.597	23,5%	13.367	23,5%	14.163	23,5%
Hospital Psiquiátrico J.H.B	2.414	4,0%	2.322	3,8%	2.394	3,9%	2.463	4,0%	2.573	4,0%	2.433	3,9%
Instituto Nacional del Cáncer C.P	3.514	5,9%	3.525	5,8%	2.998	4,9%	3.591	5,8%	3.570	5,8%	3.440	5,6%
Hospital de Til Til	161	0,3%	217	0,4%	214	0,3%	260	0,4%	253	0,4%	221	0,3%
Hospital J.J. Aguirre	6.844	11,5%	6.879	11,4%	7.038	11,4%	7.481	12,0%	7.787	12,0%	7.206	11,6%
Clínica Davila	3.200	5,4%	3.636	6,0%	3.976	6,4%	4.755	7,6%	4.949	7,6%	4.103	6,4%
TOTAL GENERAL	59.742	100%	60.431	100%	61.755	100%	62.157	100%	62.562	100%	61.329	100%

Fuente: UFRO-Bases de datos egresos DEIS-MINSAL.

Cuadro 94. Movimiento intrahospitalario egresos UTI Adulto Complejo San José 2006.

	Egresos		Traslados	
	Unidad	Hospitalario	Cantidad	Peso relativo
UTI				
Medico/Quirúrgico.	1.368	335	1.033	75,51%
Indiferenciada	11.560	2.107	9.453	81,77%
Total	12.928	2.442	10.486	81,11%
C. San José	42.450	29.010	13.440	31,66%

Fuente: UFRO Indicadores Hospitalarios Y Base Datos Egresos País 2006 DEIS MINSAL

Cuadro 95. Principales diagnósticos del Hospital San José.

DIAGNOSTICO	2003	2004	2005	2006	Promedio
Complicaciones del trabajo de parto y del parto	7.164	6.864	6.938	5.959	6.731
Parto	1.574	1.564	1.680	2.483	1.825
Influenza (gripe) y neumonía	1.118	1.192	1.458	1.250	1.255
Embarazo terminado en aborto	1.142	1.144	1.150	1.060	1.124
Enfermedades del hígado	1.265	1.101	1.088	1.041	1.124
Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido	878	989	952	956	944
Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	956	929	950	858	923
Otras formas de enfermedad del corazón	766	812	832	853	816
Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	237	237	409	600	371
Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares del páncreas	521	494	454	547	504
Tumores (neoplasias) de comportamiento incierto o desconocido	734	712	723	545	679
Trastornos no inflamatorios de los órganos pélvicos femeninos	449	467	497	468	470
Otras enfermedades del sistema urinario	441	532	459	434	467
Enfermedades cerebrovasculares	454	507	463	427	463
Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal	313	309	394	405	355
Otras enfermedades del sistema digestivo	395	440	437	393	416
Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	514	467	447	380	452
Diabetes mellitus	209	245	389	376	305
Traumatismos de la rodilla y de la pierna	181	252	330	363	282
Traumatismo de la cabeza	403	385	394	330	378
Otras enfermedades de los intestinos	305	370	334	321	333
Traumatismos de la cadera y del muslo	296	328	271	314	302
Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos, no clasificados en otra parte	231	261	307	304	276
Traumatismos del abdomen, de la región lumbosacra de la columna lumbar y de la pelvis	246	200	226	269	235
Insuficiencia renal	234	297	283	269	271
Traumatismos de la muñeca y de la mano	236	285	314	267	276
Enfermedades del apéndice	265	278	261	222	257
Envenenamiento por drogas, medicamentos y sustancias biológicas	235	294	267	220	254
Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	185	236	254	215	223
Hernia	209	254	261	207	233
Otras enfermedades del sistema respiratorio	211	233	180	149	193
parto y el puerperio	238	211	168	136	188
RESTO DE DIAGNOSTICOS	6.553	6.925	7.204	6.389	6.768
TOTAL EGRESOS	29.158	29.814	30.774	29.010	29.689

Fuente: UFRO-Base de egresos DEIS-MINSAL

Cuadro 96. *PDE por principales diagnóstico Hospital San José.*

DIAGNOSTICO	2003	2004	2005	2006	Promedio
Complicaciones del trabajo de parto y del parto	3,1	3,1	3,1	3,0	3,1
Parto	4,0	4,3	4,1	3,9	4,1
Enfermedades del hígado	4,7	5,2	5,5	5,2	5,2
Embarazo terminado en aborto	1,9	1,9	1,7	1,9	1,9
Influenza (gripe) y neumonía	10,0	10,4	9,5	10,2	10,0
Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	3,3	3,4	3,1	3,5	3,3
Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido	2,0	2,1	2,1	1,7	2,0
Otras formas de enfermedad del corazón	10,0	9,6	10,0	10,4	10,0
Tumores (neoplasias) de comportamiento incierto o desconocido	5,8	5,7	6,1	6,6	6,0
Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares del páncreas	8,8	9,1	9,1	7,8	8,7
Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	6,1	6,0	5,7	5,4	5,8
Enfermedades cerebrovasculares	10,3	10,6	9,7	10,2	10,2
Trastornos no inflamatorios de los órganos pélvicos femeninos	4,1	3,6	3,7	4,1	3,9
Otras enfermedades del sistema urinario	8,9	7,2	8,2	10,9	8,8
Traumatismo de la cabeza	5,4	5,7	6,0	7,4	6,1
Otras enfermedades del sistema digestivo	6,5	6,6	6,4	6,2	6,4
Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal	23,4	24,8	23,8	24,0	24,0
Otras enfermedades de los intestinos	9,0	7,9	8,7	9,0	8,6
Traumatismos de la cadera y del muslo	15,7	14,7	14,8	15,8	15,3
Enfermedades del apéndice	2,7	2,7	2,5	2,6	2,6
Traumatismos del abdomen, de la región lumbosacra de la columna lumbar y de la pelvis	5,4	6,3	6,3	7,4	6,4
parto y el puerperio	1,6	1,6	1,8	2,3	1,8
Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	5,1	5,4	4,4	3,9	4,7
Traumatismos de la muñeca y de la mano	5,6	5,4	5,9	6,2	5,8
Envenenamiento por drogas, medicamentos y sustancias biológicas	2,5	2,5	3,6	3,1	2,9
Insuficiencia renal	9,4	9,5	9,3	11,6	9,9
Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos, no clasificados en otra parte	2,8	3,9	4,1	5,3	4,0
Otras enfermedades del sistema respiratorio	7,9	8,9	8,8	9,1	8,7
Diabetes mellitus	14,6	18,4	13,9	13,4	15,1
Traumatismos de la rodilla y de la pierna	10,1	10,3	8,1	8,7	9,3
Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	10,7	9,3	8,3	10,0	9,6
Hernia	4,8	3,7	3,6	5,3	4,3

Fuente: UFRO-Base de egresos DEIS-MINSAL.

Cuadro 97. *Indicadores Hospitalarios Hospital San José 2007.*

SERVICIO CLINICO	INDICADORES HOSPITALARIOS					
	Camas Disponibles		Promedio Día Estada		I. Ocupación	
	Promedio	2007	Promedio	2007	Promedio	2007
Cirugía Adulto	97	95	7,1	8,1	94,2	96,1
Especialidades quirúrgicas	57	63	9,0	7,7	94,1	91,9
Medicina	137	156	8,7	9,8	97,0	98,2
Neonatología	24	14	4,0	2,7	76,6	65,5
Obstetricia	110	100	3,3	3,4	82,3	92,7
Ginecología	23	20	4,0	3,6	75,1	78,9
Pensionado	29	27	2,4	2,4	63,6	64,4
UCI Adulto	11	12	13,5	14,9	96,2	96,3
UCI Neonatología	10	10	8,1	7,9	87,4	86,5
UTI Neonatología	24	22	9,8	9,7	90,8	88,8
UTI Adulto	52	54	1,4	1,4	96,6	95,8
TOTAL ESTABLECIMIENTO	574	573	4,3	4,6	89,5	92,3

Fuente: UFRO-Indicadores Hospitalarios 2007 DEIS-MINSAL

Cuadro 104. Composición de Egresos Hospital Dr. Roberto del Río sobre Región Metropolitana y País.

	2003			2004			2005			2006			2007		
SERVICIO CLINICOS	HOSPITAL	R.M	PAIS	HOSPITAL	R.M	PAIS	HOSPITAL	R.M	PAIS	HOSPITAL	R.M	PAIS	HOSPITAL	R.M	PAIS
Cirugía Infantil	4.326	14.606	22.056	4.217	15.008	23.617	4.128	12.514	23.636	4.398	12.079	22.782	3.653	8.969	20.959
Neuro Psiquiatría Infantil	187	811	0	108	1.003	0	132	1.244	0	145	1.334	0	122	1.278	0
Pediatría	6.431	26.851	105.047	6.426	25.802	111.444	6.292	27.211	108.407	6.154	25.109	102.482	4.889	26.401	98.166
Pensionado	460	20.173	45.918	476	21.135	49.119	440	20.243	49.761	471	20.312	51.358	387	19.213	53.592
Traumatología y Ortopedia Infantil	1.079	4.443	2.142	965	4.139	2.807	1.118	4.003	1.682	1.011	4.363	1.724	816	1.221	3.019
INDIFERENCIADO	0	277	46.549	0	287	20.179	0	892	20.184	0	694	31.900	2.164	348	26.741
Oncología	0	3.655	4.583	0	3.692	5.300	0	3.667	8.810	0	3.248	6.539	80	3.447	3.790
U.C.I. Pediatría	735	3.377	11.856	722	3.385	2.939	644	3.362	3.212	758	2.994	3.213	786	3.092	3.190
Unidad Emergencia Infantil	4.286	16.968	6.250	4.272	16.554	5.846	4.589	16.518	3.097	4.372	16.631	0	3.080	17.509	0
TOTAL EGRESOS SERVICIOS	17.504	91.161	244.401	17.186	91.005	221.251	17.343	89.654	218.789	17.309	86.764	219.998	15.977	81.478	209.457
SUBTOTAL EGRESOS ESTABLECIMIENTO	14.441	310.598	815.831	14.112	324.415	824.421	14.388	312.688	823.549	14.597	313.928	815.424	13.367	322.218	818.069
Otros Servicios Clínicos	49.796	306.044	676.670	50.927	313.844	715.413	54.835	303.708	713.308	52.184	307.143	684.675	52.235	268.246	614.798
TOTAL SERVICIOS CLINICOS	67.300	397.205	921.071	68.113	404.849	936.664	72.178	393.362	932.097	69.493	393.907	904.673	68.212	349.724	824.255
Total General S.C.		464.505	1.385.576		472.962	1.409.626		465.540	1.397.637		463.400	1.368.073		417.936	1.242.191

Fuente: UFRO-Base egresos e Indicadores DEIS MINSAL.

Cuadro 107. *Principales diagnósticos del Hospital. Dr. Roberto del Río.*

DIAGNOSTICO	2003	2004	2005	2006	Promedio
Influenza (gripe) y neumonía	1.958	2.089	1.923	1.569	1.885
Enfermedades infecciosas intestinales	1336	1278	1541	1448	1.401
Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	787	791	899	1052	882
Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	711	795	903	912	830
Tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	771	640	727	777	729
Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	582	472	544	440	510
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	402	282	439	378	375
Traumatismos del antebrazo y del codo	264	286	376	349	319
Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen	222	213	271	343	262
Traumatismo de la cabeza	304	349	366	319	335
Síntomas y signos que involucran los sistemas circulatorios y respiratorios	205	324	315	299	286
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	178	256	278	285	249
Infecciones virales del sistema nervioso central	126	78	92	247	136
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	467	366	219	221	318
Síntomas y signos que involucran el habla y la voz	242	226	173	208	212
Síntomas y signos generales	210	204	190	196	200
Enfermedades glomerulares	235	217	164	190	202
Enfermedades de los órganos genitales masculinos	214	202	206	179	200
Enfermedades del apéndice	205	218	170	166	190
Otras enfermedades de los intestinos	167	201	149	156	168
Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	164	136	164	142	152
Malformaciones congénitas del ojo, del oído de la cara y del cuello	140	119	87	142	122
Infecciones virales caracterizadas por lesiones de la piel y de las membranas mucosas	102	82	69	128	95
Malformaciones y deformidades congénitas del sistema osteomuscular	138	102	122	127	122
Tumores (neoplasias) benignos	182	164	174	104	156
Otras formas de enfermedad del corazón	115	100	28	98	85
Traumatismos de la muñeca y de la mano	112	124	118	97	113
Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	106	61	46	55	67
Quemaduras y corrosiones de la superficie externa del cuerpo, especificadas por sitio	97	85	67	48	74
Otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	99	30	3	5	34
RESTO DE DIAGNOSTICOS	3.610	3.548	3.538	3.917	3.653
TOTAL EGRESOS	14.451	14.038	14.361	14.597	14.362

Fuente: UFRO-Base de egresos DEIS-MINSAL.

Cuadro 108. Promedios de Días de estada por principales diagnóstico Hospital Dr. Roberto del Río.

DIAGNOSTICO	2003	2004	2005	2006	Promedio
Influenza (gripe) y neumonía	5,4	5,8	5,5	5,6	5,6
Enfermedades infecciosas intestinales	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6
Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	1,2	1,5	1,1	1,1	1,2
Tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	3,1	3,4	3,4	3,5	3,4
Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	3,0	2,7	2,8	2,6	2,8
Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	5,4	6,8	6,8	6,4	6,3
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	2,0	3,3	4,1	5,0	3,6
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	3,8	3,9	3,8	3,7	3,8
Traumatismo de la cabeza	2,8	2,7	1,9	3,3	2,7
Traumatismos del antebrazo y del codo	1,3	1,3	1,4	1,3	1,3
Síntomas y signos que involucran el habla y la voz	2,5	2,3	2,7	2,4	2,5
Enfermedades glomerulares	5,1	5,4	4,9	5,2	5,1
Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen	1,7	1,6	1,7	1,2	1,6
Enfermedades de los órganos genitales masculinos	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1
Síntomas y signos generales	3,4	3,2	2,8	3,0	3,1
Enfermedades del apéndice	2,6	2,3	1,6	1,5	2,0
Síntomas y signos que involucran los sistemas circulatorios y respiratorios	3,2	2,2	1,7	1,9	2,2
Tumores (neoplasias) benignos	2,4	2,2	2,5	2,4	2,4
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	4,3	5,6	4,7	5,4	5,0
Otras enfermedades de los intestinos	5,1	6,5	3,8	5,4	5,2
Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	4,0	3,4	3,7	3,1	3,5
Malformaciones congénitas del ojo, del oído de la cara y del cuello	3,9	4,8	3,9	3,7	4,1
Malformaciones y deformidades congénitas del sistema osteomuscular	4,0	2,8	2,9	2,9	3,2
Infecciones virales del sistema nervioso central	2,7	3,0	2,4	2,3	2,6
Otras formas de enfermedad del corazón	6,9	5,1	14,8	6,9	8,4
Traumatismos de la muñeca y de la mano	3,4	3,4	2,4	2,2	2,8
Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	6,5	4,9	2,6	5,5	4,9
Infecciones virales caracterizadas por lesiones de la piel y de las membranas mucosas	3,7	2,7	3,5	3,2	3,3
Otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1,9	1,6	1,0	2,8	1,8
Quemaduras y corrosiones de la superficie externa del cuerpo, especificadas por sitio	7,2	6,1	4,5	5,0	5,7

Fuente: UFRO-Base de egresos DEIS-MINSAL.

Cuadro 109. *Indicadores Hospitalarios.*

SERVICIO	INDICADORES					
	PROMEDIO CAMAS	CAMAS 2007	PROMEDIO TASA OCUPACION	Tasa I.O. 2007	Promedio Prom. D.E	Promedio D.E. 2007
Cirugía Infantil	63	61	62,1	63,8	3,3	3,4
Neuro Psiquiatría Infantil	17	17	64,4	59,9	28,8	30,5
Pediatría	84	78	84,9	86,2	4,2	4,2
Pensionado	10	11	16,6	16,9	1,4	1,7
Traumatología y Ortopedia	24	23	39,8	36,4	3,4	3,2
INDIFERENCIADO	23	23	72,7	72,7	2,8	2,8
Oncología	2	2	80,9	80,9	6,8	6,8
U.C.I. Pediatría	16	14	84,7	86,4	6,9	5,5
Unidad Emergencia Infantil	14	10	86,5	84,4	1,1	1,0
TOTAL EGRESOS SERVICIOS	253	239	69,4	68,9	3,4	3,4

Fuente: UFRO-Indicadores Hospitalarios DEIS-MINSAL.

Cuadro 113. *Egresos por Origen Hospital Dr. José Horwitz Barak 2003 al 2006.*

	HOSPITAL PSIQUIATRICO DR. J.H.B									
	2003	2004	2005	2006	Promedio	2003	2004	2005	2006	Promedio
Colina	93	88	84	93	90	8,2%	7,7%	7,3%	8,2%	7,8%
Conchalí	283	256	275	270	271	25,0%	22,3%	23,9%	23,8%	23,7%
Huechuraba	96	108	99	113	104	8,5%	9,4%	8,6%	10,0%	9,1%
Independencia	143	155	136	128	141	12,6%	13,5%	11,8%	11,3%	12,3%
Lampa	35	46	58	64	51	3,1%	4,0%	5,0%	5,6%	4,4%
Quilicura	98	103	127	124	113	8,6%	9,0%	11,0%	10,9%	9,9%
Recoleta	373	371	360	330	359	32,9%	32,3%	31,3%	29,1%	31,4%
Til Til	13	23	13	12	15	1,1%	2,0%	1,1%	1,1%	1,3%
Total SSMN	1.134	1.150	1.152	1.134	1.143	47,0%	49,5%	48,1%	46,0%	47,6%
SSMC	389	411	426	447	418	34,5%	38,2%	36,8%	35,3%	36,1%
SSMOC	273	297	308	308	297	24,2%	27,6%	26,6%	24,3%	25,6%
SSMO	256	180	231	275	236	22,7%	16,7%	19,9%	21,7%	20,4%
SSMS	96	86	93	98	93	8,5%	8,0%	8,0%	7,7%	8,1%
SSMSO	112	103	100	139	114	9,9%	9,6%	8,6%	11,0%	9,8%
Total Resto Reg. Metropo.	1.126	1.077	1.158	1.267	1.157	46,6%	46,4%	48,4%	51,4%	48,2%
Resto Pais	102	77	84	62	81	4,2%	3,3%	3,5%	2,5%	3,4%
Desconocido	52	18	0	0	18	2,2%	0,8%	0,0%	0,0%	0,7%
TOTAL GENERAL	2.414	2.322	2.394	2.463	2.398	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: UFRO-Base de datos egresos 2003 al 2006 DEIS-MINSAL.

Cuadro 114. *Principales diagnósticos del H. Dr. José Horwitz Barak.*

DIAGNOSTICO	2003	2004	2005	2006	Promedio
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	1.321	1.270	1.269	1.305	1.291
Trastornos del humor (afectivos)	351	281	280	300	303
Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	262	264	313	286	281
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	156	143	172	202	168
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos	89	78	68	86	80
Riesgos potenciales para la salud relacionados con su historia familiar y personal y algunas cond	16	61	73	74	56
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	19	12	23	60	29
Enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central	51	69	48	36	51
Otros trastornos del sistema nervioso	42	37	44	32	39
Retraso mental	40	23	33	22	30
Síntomas y signos que involucran el conocimiento la percepción, el estado emocional y la conducta	39	14	27	11	23
RESTO DE DIAGNOSTICOS	28	70	44	49	48
TOTAL EGRESOS	2.414	2.322	2.394	2.463	2.351

Fuente: UFRO-Base de egresos País DEIS-MINSAL

Cuadro 115. *Promedios de Días de estada por principales diagnóstico.*

DIAGNOSTICO	2003	2004	2005	2006	Promedio
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	89,6	116,0	116,1	151,2	118,2
Trastornos del humor (afectivos)	42,0	54,2	52,6	38,8	46,9
Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	24,1	25,5	22,3	27,4	24,8
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	36,8	48,8	45,6	76,7	52,0
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos	22,5	20,5	19,1	15,2	19,3
Riesgos potenciales para la salud relacionados con su historia familiar y personal y algunas cond	12,6	23,4	16,1	17,5	17,4
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	33,8	43,2	41,7	40,1	39,7
Enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central	312,7	52,9	173,9	43,3	145,7
Otros trastornos del sistema nervioso	36,2	36,1	47,3	41,4	40,3
Retraso mental	76,4	47,8	174,2	52,3	87,7
Síntomas y signos que involucran el conocimiento la percepción, el estado emocional y la conducta	21,5	12,6	11,6	15,7	15,3

Fuente: UFRO-Base de egresos País DEIS-MINSAL.

Cuadro 116. *Indicadores Hospitalarios.*

SERVICIOS CLÍNICOS	INDICADORES					
	PROMEDIO CAMAS	CAMAS 2007	PROMEDIO TASA OCUPACIÓN	Tasa OCUPACIÓN 2007	Promedio Prom. D.E.	Promedio D.E. 2007
Neurocirugía	7	6	54,6	86,3	16,6	10,7
Desintoxica de alcohol y drogas y Tto AA	26	26	73,8	70,1	20,8	19,3
Medicina	6	0	22,4	0,0	14,5	0,0
Psiquiatría Corta Estadía	253	260	95,5	96,3	46,5	41,8
Psiquiatría Crónico	143	85	71,8	77,9	433,5	493,3
Psiquiatría Mediana Estadía	40	0	98,3	0,0	327,9	0,0
Psiquiatría Forense Mediana Complejidad	48	63	147,4	175,8	288,6	153,7
Unidad Emergencia Adulto	16	15	67,0	68,3	2,2	2,1
TOTAL EGRESOS SERVICIOS	538	455	89,9	101,4	143,8	90,1

Fuente: UFRO-Indicadores Hospitalarios 2003 al 2007 DEIS-MINSAL.

Cuadro 119. *Egresos Instituto Nacional del Cáncer Caupolicán Pardo.*

ESTABLECIMIENTOS	FONASA							OTRAS PRVISIONES			TOTAL EGRESOS
	A	B	C	D	LIBRE ELECCION	AUGE	SUB-TOTAL	ISAPRES-PAR	Otros	SUB-TOTAL	
Instituto Nacional del Cáncer C.P	934	1.555	312	624	92	0	3.517	74	0	74	3.591
Colina	22	21	3	9	0	0	55	0	0	0	55
Conchalí	129	202	44	70	3	0	448	0	0	0	448
Huechuraba	60	95	25	28	0	0	208	1	0	1	209
Independencia	64	171	22	71	3	0	331	3	0	3	334
Lampa	53	66	23	13	0	0	155	3	0	3	158
Quilicura	55	104	33	37	2	0	231	1	0	1	232
Recoleta	136	268	49	70	3	0	526	2	0	2	528
Til Til	8	12	0	2	0	0	22	0	0	0	22
Comuna Desconocida	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otro SS de RM	163	155	44	206	65	0	633	51	0	51	684
Otro SS del País	244	461	69	118	16	0	908	13	0	13	921
PESO RELATIVO	26,56%	44,21%	8,87%	17,74%	2,62%	0,00%	97,94%	100,00%	0,00%	2,06%	

Fuente: UFRO-Base de datos egresos 2003 al 2006 e Indicadores Hospitalarios DEIS-MINSAL 2007.

Cuadro 120. *Egresos por Origen Instituto Nacional del Cáncer Caupolicán Pardo.*

COMUNAS	INSTITUTO DEL CANCER CAUPOLICAN PARDO									
	2003	2004	2005	2006	Promedio	2003	2004	2005	2006	Promedio
Colina	40	76	56	55	57	2,6%	4,6%	3,6%	2,8%	3,4%
Conchalí	340	353	321	448	366	22,5%	21,3%	20,8%	22,6%	21,8%
Huechuraba	150	123	176	209	165	9,9%	7,4%	11,4%	10,5%	9,8%
Independencia	304	324	258	334	305	20,1%	19,5%	16,8%	16,8%	18,2%
Lampa	100	158	117	158	133	6,6%	9,5%	7,6%	8,0%	8,0%
Quilicura	158	197	160	232	187	10,5%	11,9%	10,4%	11,7%	11,2%
Recoleta	398	409	438	528	443	26,4%	24,6%	28,4%	26,6%	26,5%
Til Til	20	20	14	22	19	1,3%	1,2%	0,9%	1,1%	1,1%
Total SSMN	1.510	1.660	1.540	1.986	1.674	43,0%	47,1%	51,4%	55,3%	49,1%
SSMC	234	143	139	170	172	22,9%	15,8%	21,2%	24,9%	21,0%
SSMOC	304	328	185	174	248	29,7%	36,2%	28,2%	25,4%	30,3%
SSMO	207	133	97	132	142	20,3%	14,7%	14,8%	19,3%	17,4%
SSMS	117	143	130	97	122	11,4%	15,8%	19,8%	14,2%	14,9%
SSMSO	160	158	105	111	134	15,7%	17,5%	16,0%	16,2%	16,3%
Total Resto Reg. Metropo.	1.022	905	656	684	817	29,1%	25,7%	21,9%	19,0%	24,0%
Resto País	982	960	795	921	915	27,9%	27,2%	26,5%	25,6%	26,8%
Desconocido	0	0	7	0	2	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%
TOTAL GENERAL	3.514	3.525	2.998	3.591	3.407	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: UFRO-Base de datos egresos 2003 al 2006 e Indicadores Hospitalarios DEIS-MINSAL 2007.

Cuadro 121. *Principales diagnósticos del Instituto del Cáncer Caupolicán Pardo.*

DIAGNOSTICO	2003	2004	2005	2006	Promedio
Tumores malignos de los tejidos mesoteliales y de los tejidos blandos	380	470	387	470	427
Tumores malignos de los órganos digestivos	492	474	437	469	468
Tumores malignos de los órganos genitales femeninos	793	719	438	437	597
Tumores malignos de los órganos genitales masculinos	232	194	213	330	242
Enfermedades del hígado	104	105	175	298	171
Tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	129	125	109	297	165
Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos	321	333	267	226	287
Tumores (neoplasias) de comportamiento incierto o desconocido	161	175	206	167	177
Tumores malignos de labio de la cavidad bucal y de la faringe	137	113	153	160	141
Melanoma y otros tumores malignos de la piel	90	129	108	122	112
Tumores malignos de los huesos y de los cartílagos articulares	103	114	85	91	98
Tumores malignos del ojo del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso	31	16	30	67	36
Trastornos de la mama	52	69	72	64	64
Tumores malignos de sitios mal definidos secundarios y de sitios no especificados	32	59	34	59	46
Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y cuidados de salud	163	82	12	57	79
Tumores (neoplasias) benignos	57	69	64	57	62
Tumores malignos de la glándula tiroides y de otras glándulas endocrinas	36	25	24	30	29
Trastornos de la glándula tiroides	26	25	32	26	27
Tumores malignos de las vías urinarias	23	37	9	19	22
Tumor maligno de mama	17	12	13	18	15
Otras enfermedades infecciosas	6	9	13	12	10
Tumores (neoplasias) in situ	14	5	5	9	8
Hernia	12	5	8	8	8
Trastornos no inflamatorios de los órganos pélvicos femeninos	16	13	9	5	11
Defectos de la coagulación, púrpura y otras afecciones hemorrágicas	18	14	10	4	12
Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	5	7	3	4	5
Otras malformaciones congénitas	5	7	3	4	5
Anemias aplásticas y otras anemias	13	5	3	3	6
Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	6	5	1	2	4
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, no clasificadas en otra parte	5	1	3	0	2
RESTO DE DIAGNOSTICOS	35	109	72	76	73
TOTAL EGRESOS	3.514	3.525	2.998	3.591	3.407

Fuente: UFRO-Base de egresos DEIS-MINSAL

Cuadro 122. Promedios de días de estada por principales diagnóstico.

DIAGNOSTICO	2003	2004	2005	2006	Promedio
Tumores malignos de los tejidos mesoteliales y de los tejidos blandos	6,9	6,8	7,1	6,5	6,8
Tumores malignos de los órganos digestivos	6,4	7,6	6,0	7,4	6,8
Tumores malignos de los órganos genitales femeninos	7,0	6,0	8,5	10,0	7,9
Tumores malignos de los órganos genitales masculinos	4,1	7,9	4,5	5,3	5,5
Enfermedades del hígado	3,9	4,0	3,1	3,0	3,5
Tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	5,7	8,3	9,3	5,9	7,3
Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos	5,9	6,1	7,1	6,4	6,4
Tumores (neoplasias) de comportamiento incierto o desconocido	5,4	4,6	6,1	5,3	5,3
Tumores malignos de labio de la cavidad bucal y de la faringe	15,5	14,6	14,3	13,6	14,5
Melanoma y otros tumores malignos de la piel	6,8	6,2	5,8	5,9	6,2
Tumores malignos de los huesos y de los cartílagos articulares	7,4	4,9	6,0	7,0	6,3
Tumores malignos del ojo del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso	12,4	15,7	12,8	5,8	11,6
Trastornos de la mama	3,6	2,6	3,1	3,3	3,2
Tumores malignos de sitios mal definidos secundarios y de sitios no especificados	5,3	6,0	9,1	5,3	6,4
Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y cuidados de salud	5,0	5,8	2,0	1,7	3,6
Tumores (neoplasias) benignos	6,8	4,7	6,1	5,8	5,8
Tumores malignos de la glándula tiroides y de otras glándulas endocrinas	8,4	9,7	7,0	6,9	8,0
Trastornos de la glándula tiroides	2,9	2,8	2,8	2,3	2,7
Tumores malignos de las vías urinarias	5,4	4,5	3,6	6,2	4,9
Tumor maligno de mama	12,1	11,5	11,5	12,3	11,9
Otras enfermedades infecciosas	5,7	11,2	10,9	9,5	9,3
Tumores (neoplasias) in situ	3,2	3,6	3,2	2,0	3,0
Hernia	8,2	4,2	4,4	3,8	5,1
Trastornos no inflamatorios de los órganos pélvicos femeninos	4,3	2,2	6,6	3,2	4,1
Defectos de la coagulación, púrpura y otras afecciones hemorrágicas	7,1	7,4	4,3	9,0	6,9
Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	2,2	4,9	6,7	3,5	4,3
Otras malformaciones congénitas	2,2	4,9	6,7	3,5	4,3
Anemias aplásticas y otras anemias	2,5	2,2	3,3	1,0	2,3
Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	5,5	2,0	1,0	4,0	3,1
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, no clasificadas en otra parte	12,0	3,0	9,7	0,0	6,2

Fuente: UFRO-Base de egresos DEIS-MINSAL.

Cuadro 123. *Indicadores Hospitalarios.*

SERVICIOS CLINICOS	INDICADORES					
	PROMEDIO CAMAS	CAMAS 2007	PROMEDIO TASA OCUPACION	Tasa OCUPACION 2007	Promedio Prom. D.E	Promedio D.E. 2007
Oncología	81	78	65,2	67,5	5,3	5,0
Pensionado	10	11	41,8	57,0	2,2	3,9
U.T.I.	8	8	53,9	53,5	2,0	2,1
TOTAL EGRESOS SERVICIOS	99	97	61,8	65,2	4,3	4,5

Fuente: UFRO-Indicadores Hospitalarios DEIS-MINSAL

Cuadro 140. *Resumen de centros de APS y recomendaciones a desarrollar.*

PROYECCION DE ESTABLECIMIENTOS SAPU Y BRECHAS										
SECTOR	COMUNA	ACTUALES		POBLACION INSCRITA VALIDADA		PROPUESTA RESULTANTE CESFAM	DEMANDA 2020	BRECHA	SAPU	
		CESFAM	SAPU	2008	2020				BRECHA TERRITORIAL	RECOMENDACION SAPU
2	COLINA	2	1	76,870	103,221	NORMALIZA 2 A 30.000 Y CONSTRUIR 4 DE 10.000	4.3	4.3		
	HUECHURABA	2	1	56,257	58,732	NORMALIZAR A 30.000	2.0	2.0	1.2	ABRIR 1
	INDEPENDENCIA	2	1	49,414	35,015	NO REQUIERE REFORMULAR O CERRAR PARTE DE ACTUALES	1.2	-0.8		MANTENER Y REDEFINIR ROL
1	RECOLETA	5	3	123,117	92,830	NO SE REQUIERE REFORMULAR O CERRAR PARTE DE ACTUALES	3.1	-1.9		MANTENER Y REDEFINIR ROL
	CONCHALI	4	2	110,243	79,287	NO SE REQUIERE REFORMULAR O CERRAR PARTE ACTUALES	2.6	-1.4	-1.9	MANTENER
3	LAMPA	3	1	38,751	58,429	REFORMULAR A ESTABLECIMIENTOS DE 20.000 Y DESARROLLAR POSTAS	2.9	-0.1		
	QUILICURA	2	2	96,364	149,759	CONSTRUIR 3 DE 30.000	5.0	3.0	1.2	ABRIR 1
	TILTIL	1	0	10,124	10,322	MANTENER EL ACTUAL	1.0	0.0	0.2	
	TOTAL	21	11	561,140	587,595		22.1			

Fuente: UFRO

Cuadro 145. *Proyección de Consultas de Especialidad Hospital San José.*

Consultas de especialidad		RENDIMIENTO	coeficiente	BASE		BOX	BRECHA
Establecimiento	Especialidad			2007	2020	MEDICO	CME 20-07
SAN JOSE	Medicina Interna	4	0.01487	3,851	5,476	0.7	1,625
SAN JOSE	Broncopulmonar	4	0.03575	8,599	13,164	1.6	4,565
SAN JOSE	Cardiología	4	0.11337	32,610	41,743	5.2	9,133
SAN JOSE	Endocrinología	4	0.05652	15,064	20,810	2.6	5,746
SAN JOSE	Gastroenterología	4	0.02680	3,913	9,868	1.2	5,955
SAN JOSE	Hematología	4	0.01025	3,308	3,773	0.5	465
SAN JOSE	Nefrología	4	0.01775	4,260	6,535	0.8	2,275
SAN JOSE	Reumatología	4	0.02316	5,277	8,526	1.1	3,249
SAN JOSE	Dermatología	4	0.04209	7,689	15,499	1.9	7,810
SAN JOSE	Enf. Transmisión Sexual	4	0.03282	10,596	12,084	1.5	1,488
SAN JOSE	Geriatría	4	0.00094	302	344	0.0	42
SAN JOSE	Med. Física y Rehabilit.	4	0.03377	6,727	12,434	1.6	5,707
SAN JOSE	Neurología	2	0.04773	7,711	17,575	4.4	9,864
SAN JOSE	Oncología	4	0.00994	3,209	3,660	0.5	451
SAN JOSE	Psiquiatría	2	0.00067	215	245	0.1	30
SAN JOSE	Cirugía Adulto	4	0.05035	6,890	18,539	2.3	11,649
SAN JOSE	Cirugía Abdominal	4	0.02335	5,363	8,597	1.1	3,234
SAN JOSE	Cirugía Maxilo Facial	4	0.01579	2,164	5,814	0.7	3,650
SAN JOSE	Cirugía Plástica	4	0.00147	475	542	0.1	67
SAN JOSE	Cirugía Proctológica	4	0.01453	2,708	5,350	0.7	2,642
SAN JOSE	Cirugía Tórax	4	0.00374	1,207	1,377	0.2	170
SAN JOSE	Cirugía Vascular Periférica	4	0.02496	3,467	9,192	1.1	5,725
SAN JOSE	Neurocirugía	4	0.00939	3,030	3,456	0.4	426
SAN JOSE	Anestesiología	4	0.00248	801	914	0.1	113
SAN JOSE	Obstetricia	4	0.09022	23,558	33,220	4.2	9,662
SAN JOSE	Ginecología	4	0.05634	18,189	20,744	2.6	2,555
SAN JOSE	Oftalmología	4	0.16431	19,754	60,500	7.6	40,746
SAN JOSE	Otorrinolaringología	4	0.05514	5,592	20,302	2.5	14,710
SAN JOSE	Salud Ocupacional	4	0.01547	4,994	5,695	0.7	701
SAN JOSE	Traumatología	4	0.10383	16,514	38,228	4.8	21,714
SAN JOSE	Urología	4	0.03537	7,299	13,022	1.6	5,723
TOTAL HOSPITAL SAN JOSE				235,336	417,227	54.4	181,891

Fuente: UFRO

Cuadro 150. *Proyección de egresos y dimensionamiento de camas y brechas.*

Establecimiento	Especialidad		Prom dias estada			BASE	PROY	PROY	BRECHAS		
		Recintos	Estab.	pais	coeficiente	2007	2020	CAMAS	EGRESOS	CAMAS	
EGRESOS CAMAS BASICAS HOSPITALS AN JOSE		475	5.6	5.0	0.000000	27,987	39,725		665	11,738	190
H. SAN JOSE	Camas de Agudos	0		2.5	0.018338	0	8,875		76	8,875	76
H. SAN JOSE	UCI	12	6.6	6.2	0.002789	283	1,350		31	1,067	19
H. SAN JOSE	UCI Neonatología	10	7.9	8.5	0.043727	401	364		11	-37	
H. SAN JOSE	UTI Neonatología	22	9.7	9.5	0.079929	733	665		23	-68	1
H. SAN JOSE	UTI MEDICINA	10	3.9	4.9	0.002073	842	1,003		14	161	4
H. SAN JOSE	UTI QUIRURGICA	10	6.5	3.7	0.001295	526	627		9	101	-1
H. SAN JOSE	UTI INDIFERENCIADA	11	1.1	2.5	0.011583	11,560	5,606		51	-5,954	40
EGRESOS CAMAS CRITICAS HOSPITAL SAN JOSE		75				14,345	18,489		215	4,144	140
TOTAL DE EGRESOS CAMAS HOSPITAL SAN JOSE		550	4.6			42,332	58,215		880	15,883	330
H. R. DEL RIO	Cirugía Infantil	61	3.4	3.3	0.011047	3,653	3,553		40	-100	-21
H. R. DEL RIO	Neuro Psiquiatría Infantil	17	30.5	4.9	0.000369	122	119		12	-3	-5
H. R. DEL RIO	Pediatría	78	4.2	4.2	0.014785	4,889	4,755		68	-134	-10
H. R. DEL RIO	Pensionado	11	1.7	2.4	0.001170	387	376		2	-11	-9
H. R. DEL RIO	Traumatología y Ortopedia	23	3.2	3.5	0.002468	816	794		9	-22	-14
H. R. DEL RIO	INDIFERENCIADO	23	2.8	4.2	0.006544	2,164	2,105		20	-59	-3
H. R. DEL RIO	Oncología	2	6.8	4.1	0.000242	80	78		2	-2	0
H. R. DEL RIO	U.C.I. Pediatría	14	5.5	5.8	0.002377	786	764		15	-22	1
H. R. DEL RIO	Unidad Emergencia Infantil	10	1.0	0.9	0.009314	3,080	2,996		11	-84	1
TOTAL DE EGRESOS HOSPITAL ROBERTO DEL RIO		239	3.4			15,977	15,539		180	-438	-59
I. PSIQ. J. HORWITZ	Neurocirugía	6	20.8	6.1	0.000010	91	107		8	16	2
I. PSIQ. J. HORWITZ	Desintoxica de alcohol y drog	26	19.3	12.0	0.000038	345	405		27	60	1
I. PSIQ. J. HORWITZ	Psiquiatría Corta Estadia	260	44.8	9.1	0.000225	2,042	2,396		368	354	108
I. PSIQ. J. HORWITZ	Psiquiatría Crónico	85	493.3	468.6	0.000005	49	58		92	9	7
I. PSIQ. J. HORWITZ	Psiquiatría Forence Mediana	63	257.3	235.2	0.000017	158	185		149	27	86
I. PSIQ. J. HORWITZ	Unidad Emergencia Adulto	15	2.1	9.1	0.000203	1,843	2,163		15	320	0
TOTAL DE EGRESOS HOSPITAL PSIQUIATRICO J.H		455	59.2	127.9		4,528	5,313		659	785	204
INS.C. C. PARDO	Oncología	78	5.0	4.1	0.001705	3,828	4,498		64	670	-14
INS.C. C. PARDO	Pensionado	11	3.9	2.4	0.000252	567	666		9	99	-2
INS.C. C. PARDO	U.T.I.	8	2.1	3.4	0.000324	727	854		6	127	-2
TOTAL DE EGRESOS INST C. PARDO		97	4.5			5,122	6,018		79	896	-18
HOSPITAL DE TIL TIL		10	9.2	4.2	0.028961	253	271		4	18	-6
TOTAL DE EGRESOS SSMN		1351	8.0	4.9		68,212	85,357		1,802	17,145	451

Fuente: UFRO

Cuadro 159. *Brechas resultantes SSMN.*

Establecimiento	Año 2007	Año Brecha	Subtotal requeridas sin normalización
H. R. del Rio	239	-59	180
H. San José	550	330	880
INS. Psiq. J Horwitz	455	204	659
Ins. C. C. Pardo	97	-18	79
H. de TIL TIL	10	-6	4
CRS Psiquiatría Adulto			0
Médico Quirúrgico			0
Adulto			
Total	1.351	451	1.802

Fuente: UFRO

Anexo 10 Detalle de estudios Estudios de pre-inversión Hospitalaria (EPH)

EN CD ADJUNTO SE ENCUENTRAN LOS RESPALDOS DE LOS ESTUDIOS DE PREINVERSION EN SUS DIFERENTES MÓDULOS SOBRE EL CUAL SE GENERÓ UNA SÍNTESIS EN EL CUERPO PRINCIPAL.

Categorización de Pacientes en Hospitalización

El instrumento empleado se basa en el creado y validado por el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile, aplicado por las enfermeras y matronas del Hospital Regional Rancagua durante el mes de Octubre del año 2006, al que se agregan rubros de datos generales y observaciones, tales como vía de ingreso al servicio, comuna de residencia, condición de egreso entre otras, para un mayor análisis de la información, a través de cruce de variables. Este cuestionario se muestra en el Anexo.

Las categorías utilizadas son 12 con 4 niveles de riesgo y 3 de dependencia como se resume en la tabla 1.

Tabla 1

Categoría de pacientes según riesgo y dependencia.

		R I E S G O			
		A	B	C	D
D E P E N D E N C I A	1	Máximo Riesgo Dependencia Total	Alto Riesgo Dependencia Total	Mediano Riesgo Dependencia Total	Bajo Riesgo Dependencia Total
	2	Máximo Riesgo Dependencia Parcial	Alto Riesgo Dependencia Parcial	Mediano Riesgo Dependencia Parcial	Bajo Riesgo Dependencia Parcial
	3	Máximo Riesgo Autosuficiencia Parcial	Alto Riesgo Autosuficiencia Parcial	Mediano Riesgo Autosuficiencia Parcial	Bajo Riesgo Autosuficiencia Parcial

Criterios en la aplicación.

- ✧ Se categorizó el paciente al egreso de su hospitalización, utilizando ficha clínica y hoja de enfermería respectivamente.
- ✧ Se categorizó 6 meses como mínimo, trabajo que estuvo a cargo de la enfermera supervisora de cada servicio clínico y/o unidad, en dos años diferentes para contra-muestra, análisis abordado a través de las fichas de pacientes.
- ✧ Para el año base se seleccionaron dos días de la semana aleatoriamente de lunes a viernes con un total de ocho días al mes.
- ✧ Como contra muestra se seleccionaron los mismos días de las semanas correspondientes al año anterior.
- ✧ Se diseñó formulario de digitación (ACCES) con formato similar a una hoja de Categorización.
- ✧ Durante los días elegidos se categorizó la totalidad de los egresos y en la eventualidad que un servicio clínico no haya presentado egresos en la fecha estipulada, se categorizó el egreso del día siguiente dentro de la misma semana.

La participación porcentual de los servicios clínicos dentro de cada mes categorizado se muestra en la tabla 2, de la que se deduce, en primer lugar que la participación de los servicios a través del tiempo es similar en la mayoría de éstos. Al realizar un análisis comparativo entre los dos años en estudio se puede apreciar que no existen diferencias significativas, las que fluctúan entre 0.1 y 5 puntos porcentuales.

Tabla 2

Distribución Porcentual de los egresos categorizados respecto del total del mes.

	2001			2002					
Servicio	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	Julio	Agosto	Sept.	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Cirugía	12,8	13,1	11,8	8,3	11,4	9,9	11,1	10,5	11,0
Cirugía Infantil	5,2	5,1	5,6	8,2	8,3	6,0	9,6	7,6	7,2
Ginecología	6,4	5,8	3,9	2,0	4,1	3,4	3,5	3,9	4,5
Medicina	6,9	9,2	12,0	13,8	13,1	16,0	14,1	16,2	13,2
Neonatología	7,0	6,9	7,1	6,9	9,8	6,7	6,5	7,6	7,5
Neurocirugía	1,8	1,3	1,7	1,1	1,5	2,4	2,9	1,8	3,9
Obstetricia	26,7	28,7	32,5	27,0	23,8	25,7	26,3	24,1	25,2
Oftalmología	1,6	1,3	1,7	1,6	2,2	3,1	1,3	2,6	2,9
Otorrino	2,8	1,3	1,3	1,7	2,1	3,6	2,9	2,8	3,3
Pediatría	16,9	14,3	12,0	13,6	9,8	7,3	8,6	10,9	7,7
Pensionado	3,6	3,0	1,7	3,0	4,8	2,8	3,0	1,8	2,1
Traumatología	3,4	4,7	3,9	4,3	2,6	5,2	5,0	4,4	3,8
UCI	1,1	1,1	1,5	1,7	1,5	0,7	2,2	0,7	0,9
Urgencia	2,0	1,3	1,7	3,4	2,8	3,6	2,2	2,9	2,4
Urología	1,6	3,0	2,1	3,2	2,4	3,6	0,8	1,8	4,6
Total									
Pacientes									
categorizados	609	467	469	696	581	614	596	541	584

La mayor diferencia la presenta el servicio de Medicina con un porcentaje a favor del año 2002 de 5 puntos, esto se debe a que un número importante de los egresos del año 2001 no se pudo categorizar, por no encontrarse las fichas clínicas.

Asimismo se realizó un análisis de asociación lineal entre los meses procesados, (tomados de dos en dos) respecto a la participación de los servicios clínicos. Del que se interpreta que estos cinco meses procesados están fuertemente correlacionados en forma positiva, es decir, a medida que un mes aumenta el otro también lo hace. Esto dado que la totalidad de los indicadores (r de Pearson) obtenidos superan el 0.8 (más aún entre los meses correspondientes entre un año y otro supera el 0.9)

Categorización de pacientes según nivel de riesgo y dependencia por Servicio Clínico.

En la categorización de pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Rancagua se consideró como unidad de análisis los ‘días de hospitalización’ puesto que el interés se centró en la determinación de un perfil de pacientes hospitalizado en cada servicio.

Desde el punto de vista del perfil de pacientes, el Hospital Regional Rancagua tiene una tendencia clara en ambos periodos. El mayor porcentaje de pacientes se encuentra en categoría C ‘Mediano Riesgo’ con un 59% y 54,5% para el año 2001 y 2002 respectivamente.

Cabe destacar que las unidades intermedias de los servicios de Medicina, Pediatría y Cirugía son consideradas parte del servicio clínico en una primera instancia, pero a partir del mes de Septiembre se categorizó en forma separada. Para poder categorizar las unidades intermedias en los meses anteriores en forma separada, se seleccionó dentro de los pacientes categorizados, a la totalidad de individuos que pasaron por estas unidades.

Con relación a las categorías Máximo, Alto y Bajo riesgo, muestran diferencias sustantivas entre un año y otro, debidas muy probablemente a situaciones puntuales de algunos servicios clínicos (Neurocirugía, Pediatría y Pensionado) que se detallan más adelante. Lo anterior se puede apreciar en el gráfico 1.

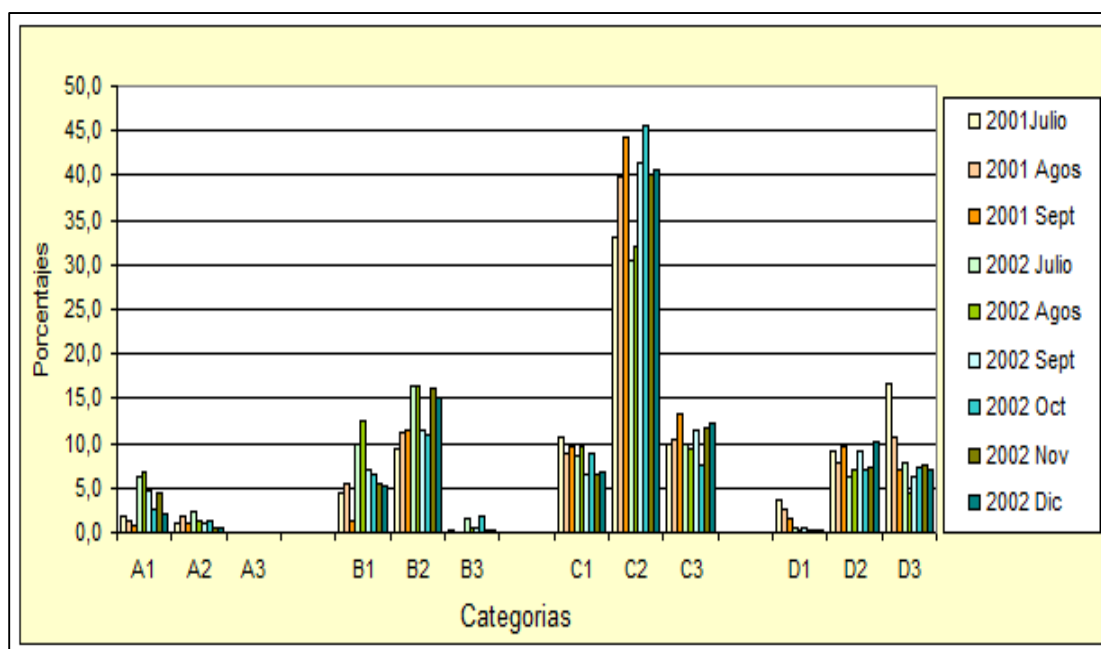


Gráfico 1. Categorización de pacientes Hospital Rancagua (%) 2002. Fuente: Elaborado en proceso de EPH 2002-2006

Medicina.

Existe un predominio de la categoría de ‘Mediano Riesgo’ con un comportamiento similar en ambos años, con un porcentaje de 68% para el año 2001 y 61% para el año 2002.

El comportamiento con relación a las categoría Alto Riesgo’, también es similar en ambos años, con 25% y 33% para los años 2001 y 2002 respectivamente, y Máximo riesgo con un 1,2% para el 2002, porcentajes de pacientes que no fueron absorbidos por la Unidad Intermedia (UNI).

El predominio en relación con la dependencia es ‘Dependencia Parcial’ con más del 70% y una participación del 20% de ‘Autosuficiencia Parcial’ en ambos periodos analizados.

Lo anteriormente expuesto se muestra en los gráficos 2 y 3.

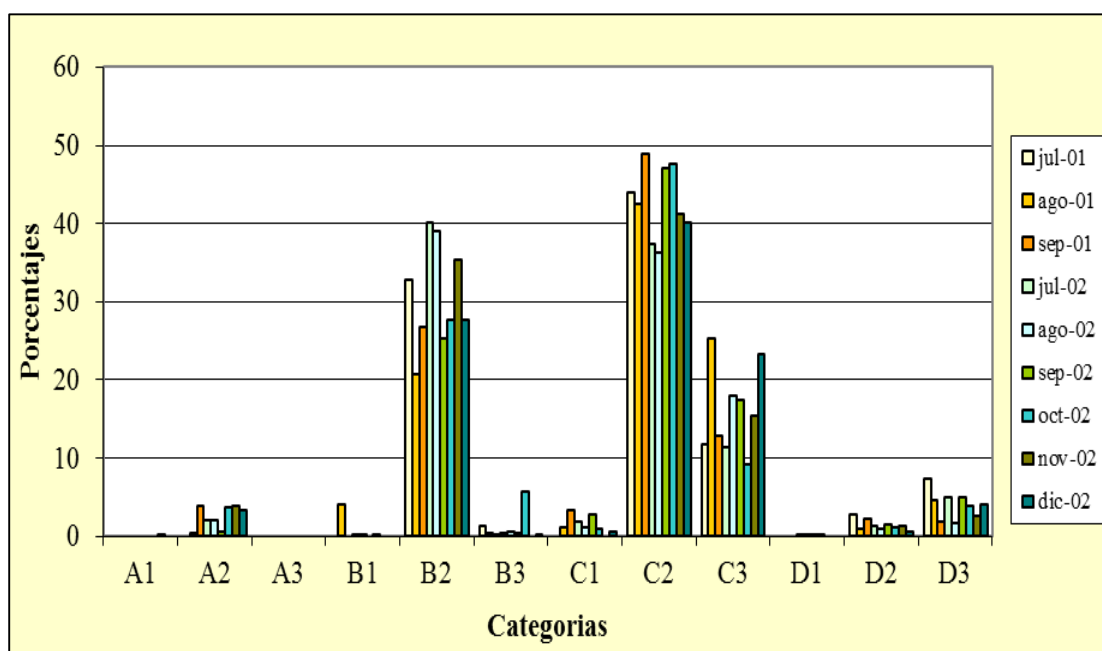


Gráfico 2. Distribución porcentual de categorías en servicio de medicina. Fuente: Elaborado en proceso de EPH 2002-2006

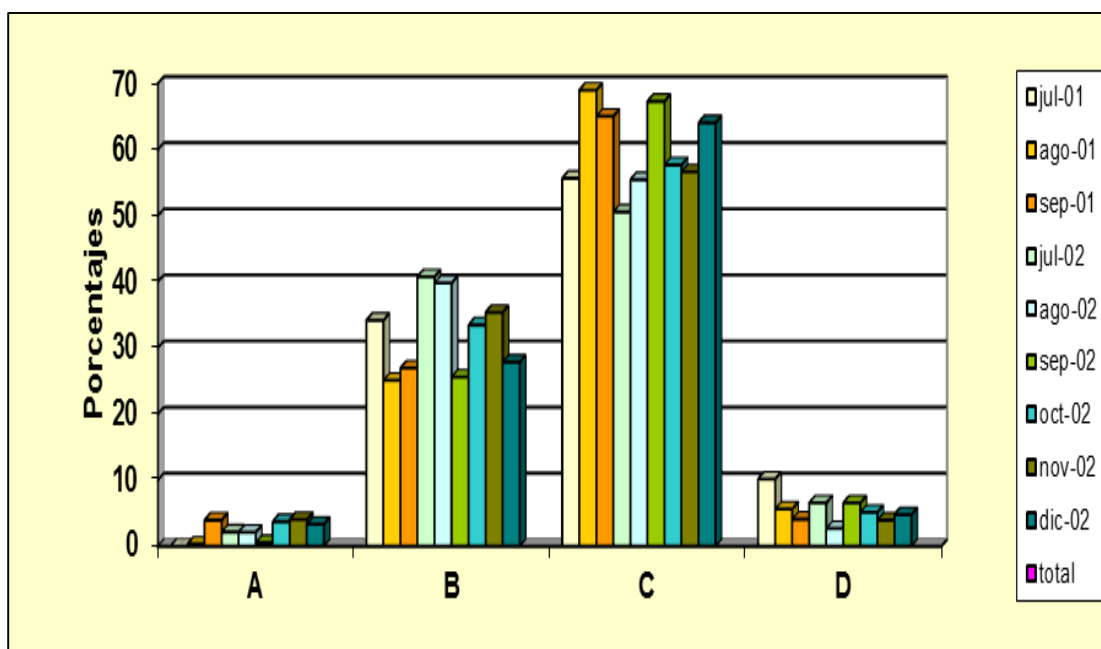


Gráfico 3. Distribución, resumen de Riesgo servicio de medicina hospital regional Rancagua. Fuente: Elaborado en proceso de EPH 2002-2006

Unidad Intermedia de Medicina.

Como la unidad intermedia fue categorizada en forma independiente del servicio a contar del mes de Septiembre, en los meses anteriores se seleccionó, dentro de los pacientes categorizados, a la totalidad de individuos que pasaron por esta unidad como se señaló anteriormente. Los resultados obtenidos para cada año fueron los siguientes, en el año 2001 se registra pacientes de ‘Máximo riesgo’ con un 20%, ‘Alto riesgo’ un 64%, ‘Mediano riesgo’ con un 14% y 2% ‘Bajo riesgo’. Mientras que para el año 2002 un 24% fue de ‘Máximo riesgo’, un 59% ‘Alto riesgo’ y 16% fue mediano riesgo y 1% de ‘Bajo riesgo’.

Sobre el nivel de dependencia, la tendencia es bastante marcada con un 94% y 99% para la ‘Dependencia parcial’ en los años 2001 y 2002 respectivamente.

Al analizar el impacto que produce la UNI en el servicio de Medicina, se puede concluir que ésta absorbe el 93% de los pacientes ‘Máximo riesgo’ y el 19% de los pacientes ‘Alto riesgo’ en el año 2001. Durante el año 2002 esta unidad absorbe el 69% de los pacientes ‘Máximo riesgo’ y sólo el 13% de los pacientes ‘Alto riesgo’, como se aprecia en los gráficos 4 y 5.

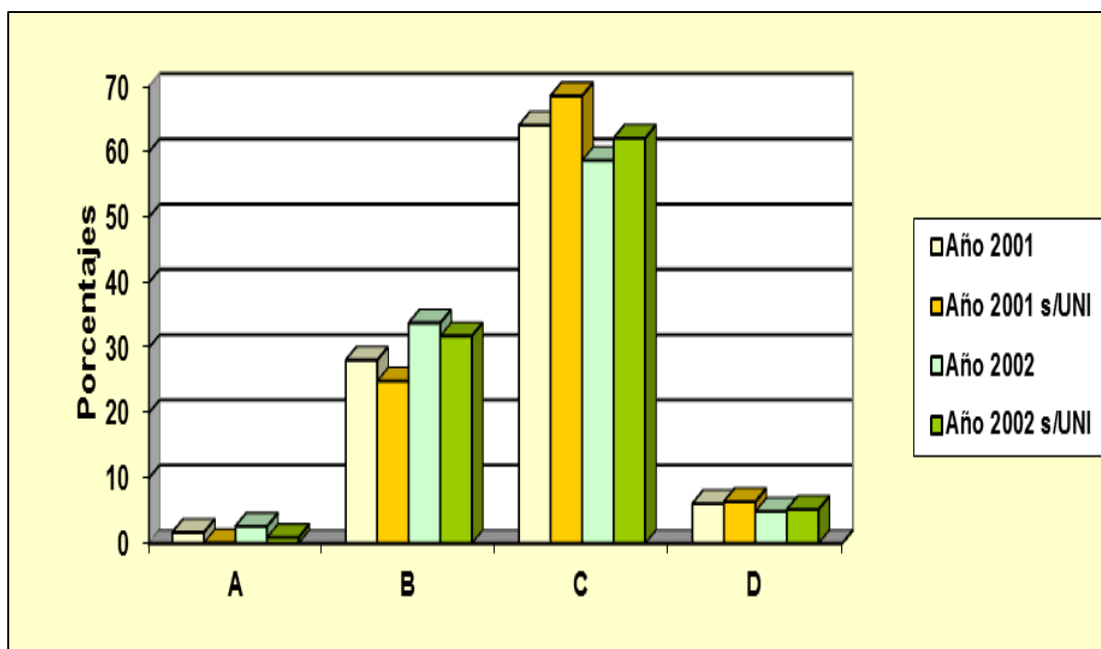


Gráfico 4. Distribución comparativa según nivel de riesgo Servicio de Medicina con y sin UNI. Fuente: Elaborado en proceso de EPH 2002-2006

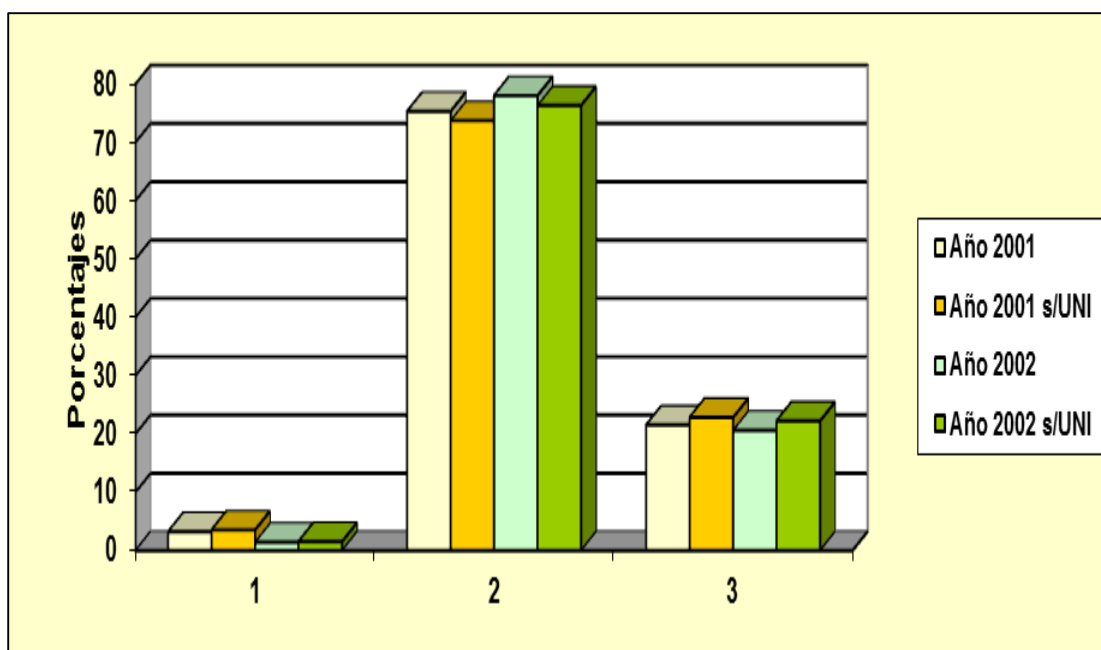


Gráfico 5. Distribución comparativa según nivel de Dependencia Servicio de Medicina con y sin UNI. Fuente: Elaborado en proceso de EPH 2002-2006

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

En esta unidad queda claramente establecida la categoría predominante de ‘máximo riesgo’ con un 76% para 2001 y un 86% para el año 2002. En segundo lugar se encuentra la categoría ‘alto riesgo’ con un porcentaje de 24% para el año 2001 y un 14% para el año 2002. por consiguiente, no existen pacientes en las restantes categorías.

En relación con la dependencia, la categoría de ‘Dependencia Total’ acumula, en promedio de los dos años, más del 50% del tiempo que permanece hospitalizado el paciente. Todo lo anterior es posible apreciar en los gráficos 6 y 7.

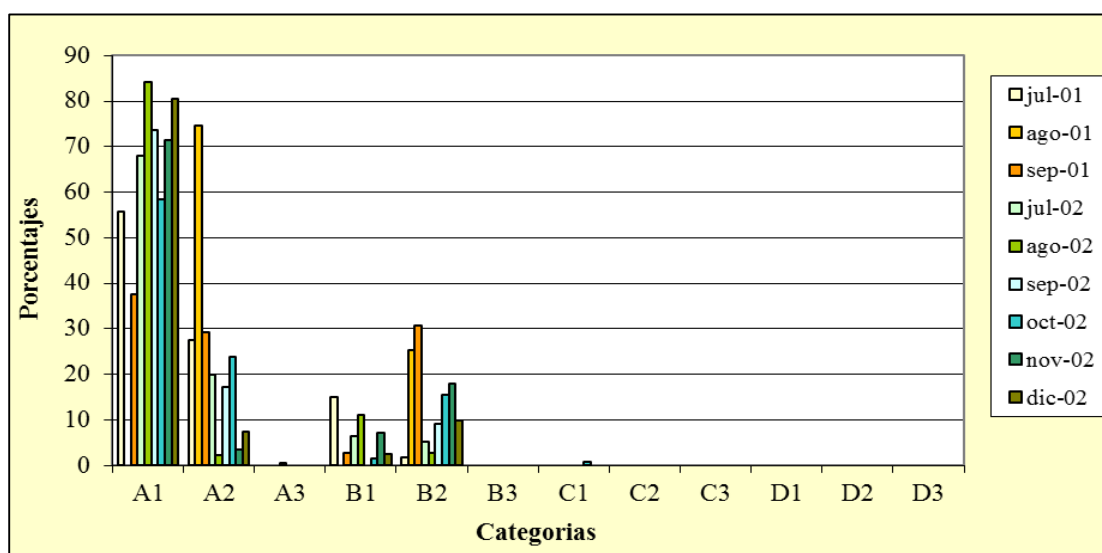


Gráfico 6. Distribución Porcentual de Categorías en Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Regional Rancagua. Fuente: Elaborado en proceso de EPH 2002-2006

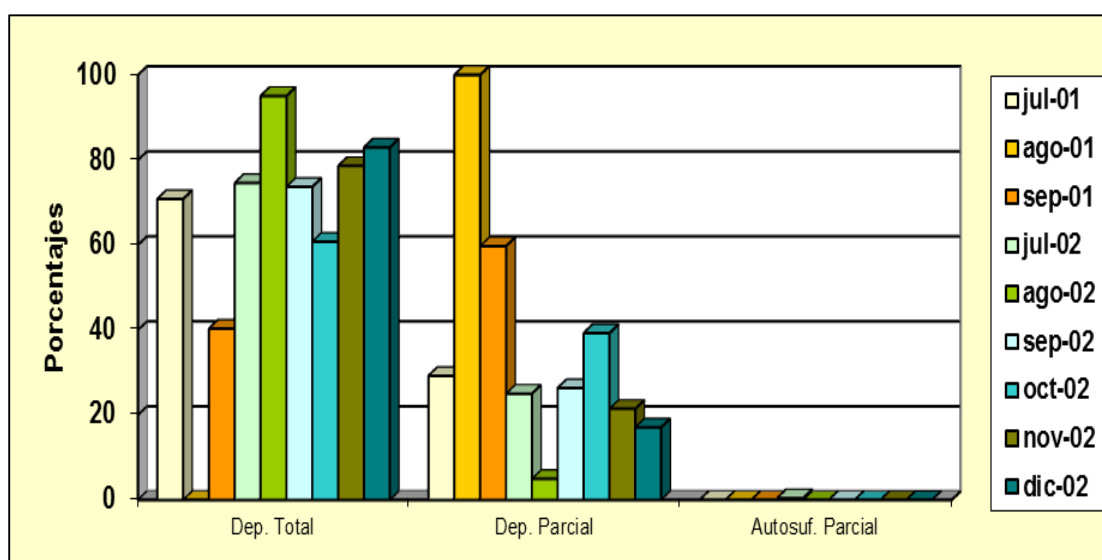


Gráfico 7. Distribución Porcentual según nivel de dependencia en Unidad de Cuidados Intensivos. Fuente: Elaborado en proceso de EPH 2002-2006.

PROYECTO NORMALIZACIÓN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD IX REGIÓN

0. Antecedentes Preliminares:

De un total de 1.049 funcionarios, se estimó que alrededor de un 5% no se encontraba en el establecimiento por licencia médica, vacaciones y otras razones, lo que significa que el universo diagnóstico alcanzó a 994 personas. De éstas, un 58% (579) contestó el set de encuestas y aproximadamente un 27% (264) no contestó la encuesta, lo que podría ser un síntoma de falta de interés general en las iniciativas diagnósticas o de dudas respecto a la voluntad para implementar los cambios que derivan de tales estudios.

Un dato de interés es que el restante 15% (151) de la población devolvió el set de encuestas en sobre cerrado con todas las cédulas respondidas pero sin identificación de ningún tipo. La información no fue considerada en el análisis, pero podría ser un síntoma de incertidumbre hacia las consecuencias del proceso de modernización de la gestión pública (racionalización de recursos humanos).

Tabla 1

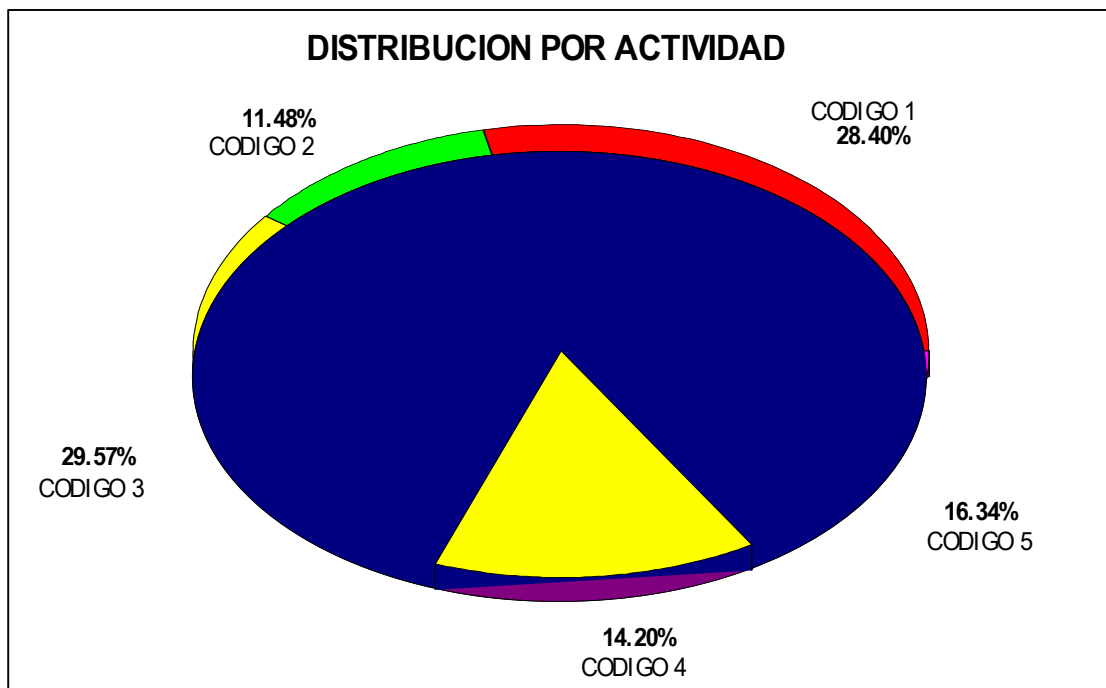
La encuesta y sus resultados.

SITUACIÓN	Nº Absoluto
Funcionarios total	1.049
Funcionarios presentes (encuestas entregadas)	994
Encuestas recibidas	730
Encuestas efectivas	579
Encuestas sin identificación	151
Funcionarios que no devolvieron las encuestas	264

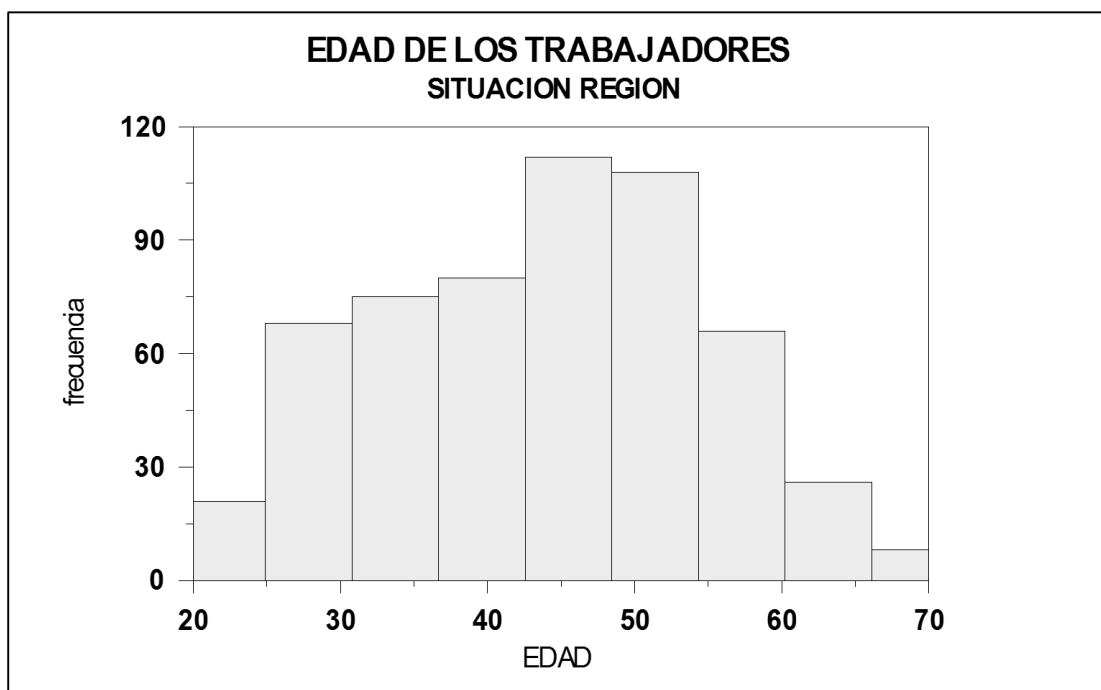
De las 579 encuestas efectivas, 579 diagnosticaron los ámbitos organizacionales contemplados en las cédulas 1, 2, 3 y 4; mientras que 90 encuestas aplicadas a las jefaturas dieron cuenta de los ámbitos de gestión contemplados en las cédulas 5 y 6.

I. Perfil Funcionario:

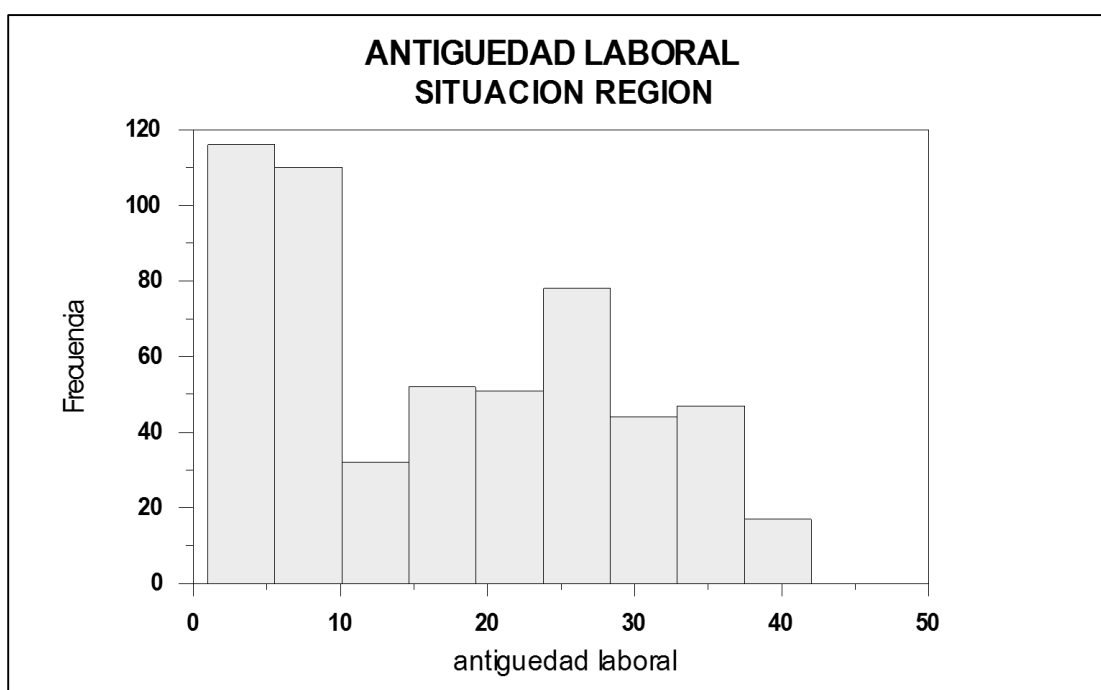
Las actividades de servicios, unidades y programas, fueron agrupadas en cinco grandes categorías. Las actividades de servicios médicos en general (quirúrgicos y no-quirúrgicos) alcanzan a más del 50 % de los funcionarios en los hospitales, lo que explica el alto promedio de escolaridad del personal.



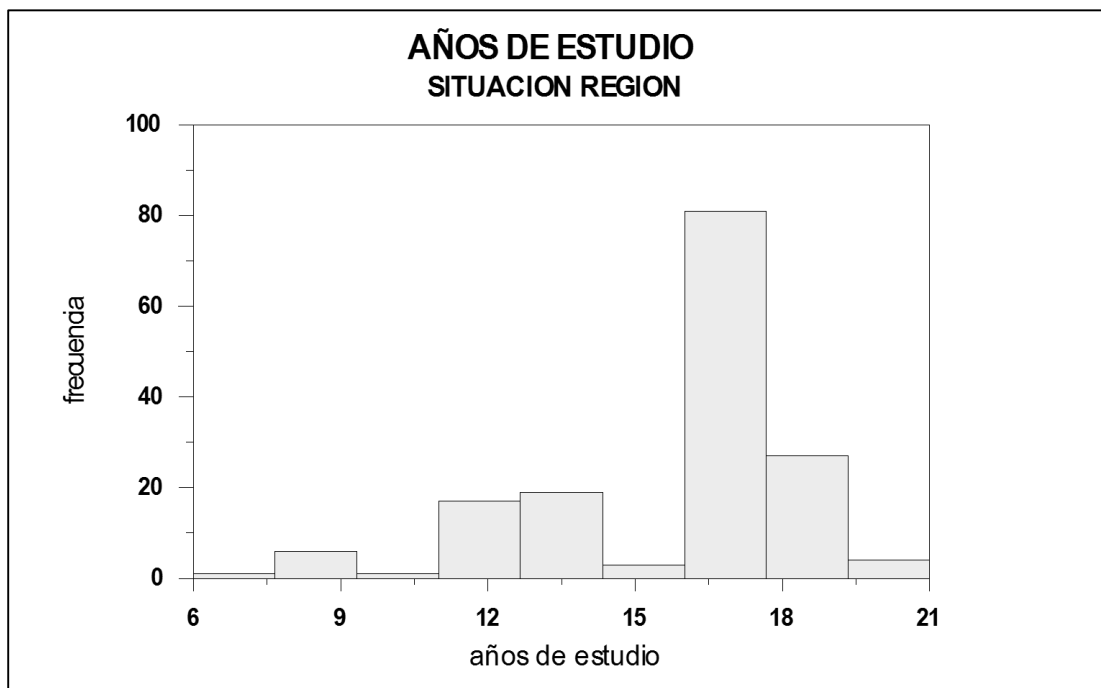
Código 1: Servicios médicos quirúrgicos; 2: Apoyos clínicos; 3: Servicios médicos no-quirúrgicos; 4: Apoyo logístico; 5: Administración (el anexo 2 indica las categorías incluidas en cada uno de estos códigos)



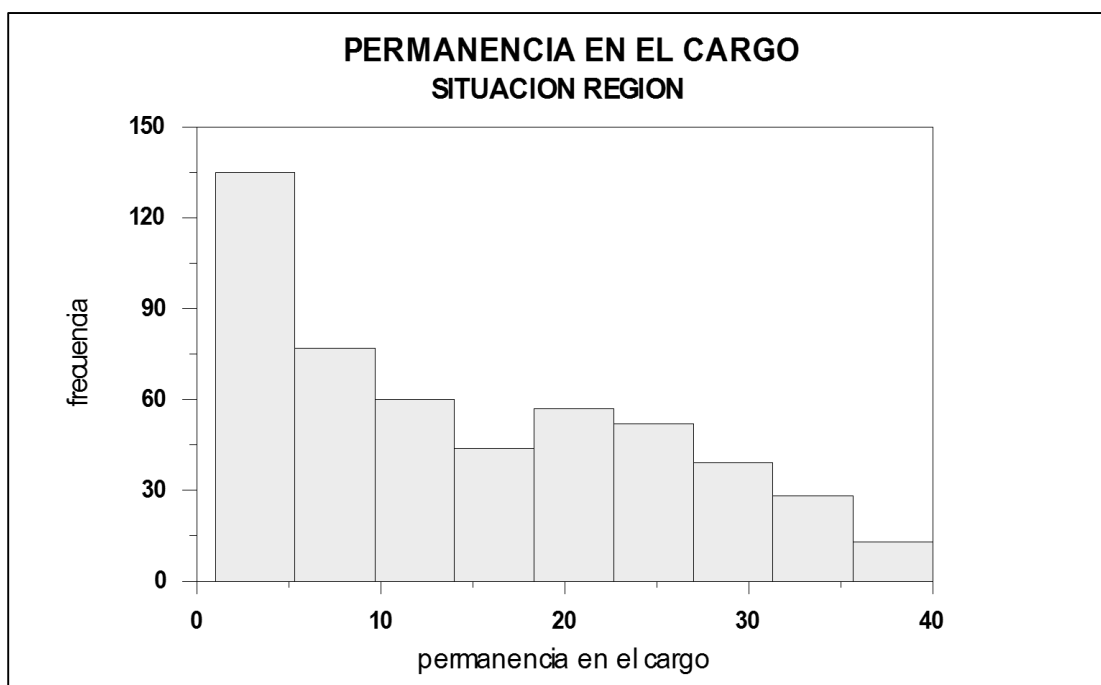
La edad de los funcionarios fluctúa alrededor de los 45 años y más de la mitad tiene 45 años o más.



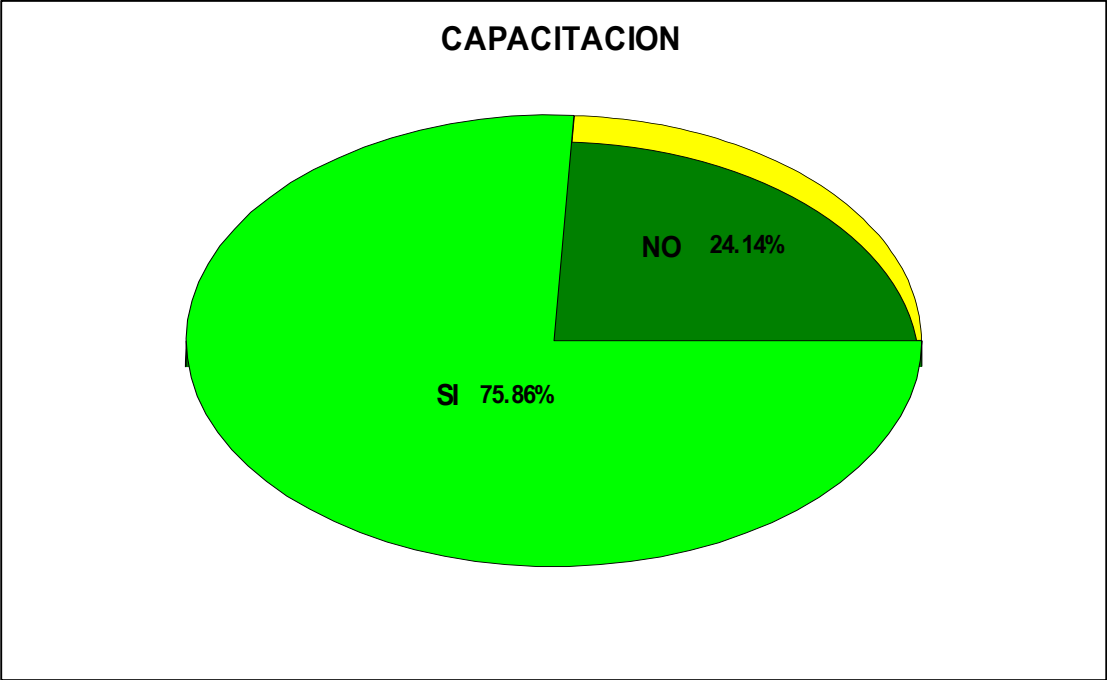
Un contingente importante de funcionarios tienen alrededor de 5 años de permanencia en el establecimiento; mientras que los que poseen más de 10 años forman una especie de curva normal, que inclusive alcanza valores bastante extremos, con más de 40 años en los establecimientos.



Más del 20% de los funcionarios posee 5 años o menos, lo cual constituye una importante materia prima para el cambio organizacional planificado. En especial, si atendemos la situación de la variable educacional, alta, dada la naturaleza de la organización.



Existe una baja rotación de puestos dentro de la organización, lo cual especializa pero también insensibiliza a los miembros hacia comportamientos proclives al cambio organizacional planificado.



Los funcionarios mayoritariamente han sido capacitados para el desempeño de sus puestos. Sin embargo, el dato no discrimina respecto a la pertinencia, continuidad y calidad de la capacitación recibida, así como tampoco respecto a la forma de la capacitación (en el puesto, orientación laboral, cursos o talleres y otras) y si responde o no (y de qué manera) a la implementación de algún plan estratégico de desarrollo.

Tabla 2

Variables de perfil promedio según sexo.

SEXO/AÑOS	EDAD	ANTIGÜEDAD LABORAL	EDUCACIÓN	PERMANENCIA EN EL CARGO
HOMBRES	44	16.5	15.7	13.5
MUJERES	43.5	17.2	15.6	15.1

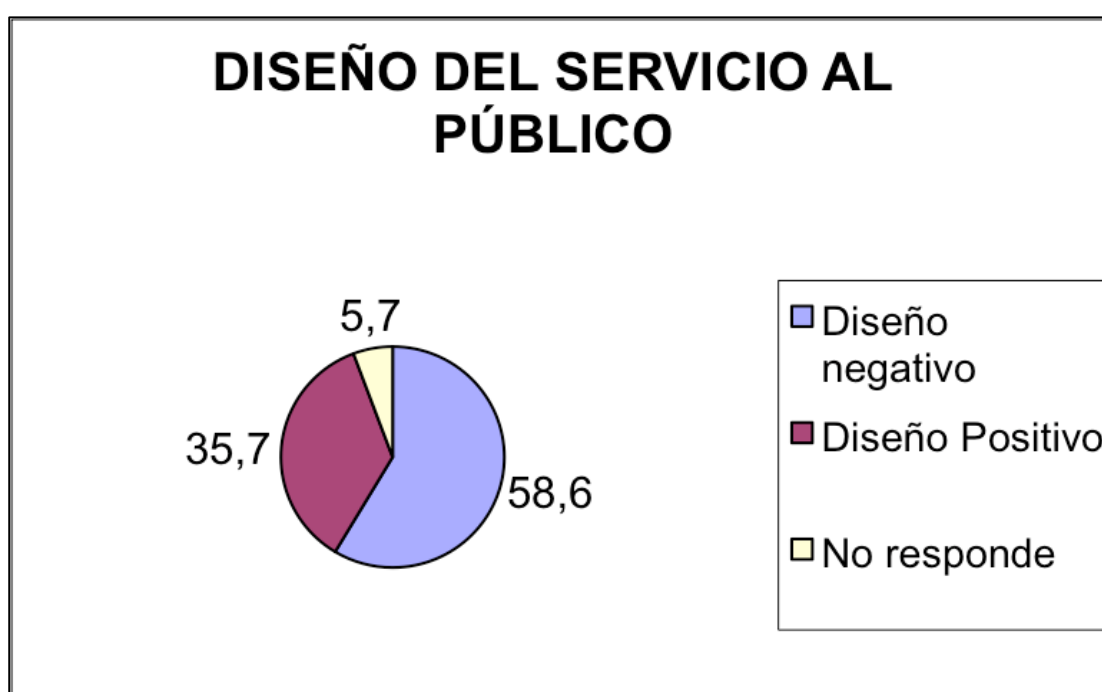
Es una población homogénea.

Percepción del puesto actual.

La gran mayoría de los funcionarios posee una percepción muy positiva del puesto. El valor de la mediana es de 4 en todos los hospitales, salvo el Hospital Dr. Arturo Hillerns de Puerto Saavedra, donde alcanza 3.5. Esto significa que el 50% de los funcionarios puntúa de 4 a más y el 50% de 4 a menos, siendo 4 la frontera. La percepción del puesto es muy homogénea entre los seis establecimientos considerados en el estudio.

Se percibe que los puestos ocupados son desafiantes, ricos en funciones e interesantes, entre otros rasgos positivos que detecta la escala. Ello podría explicar la escasa rotación.

II. Diseño del Servicio al Público.



El diseño del servicio es deficiente, puesto que los funcionarios no lograron identificar los indicadores objetivos de calidad asociados a un diseño eficiente orientado tanto al cliente interno como al usuario externo (porque no existe o porque no logran percatarse de su existencia).

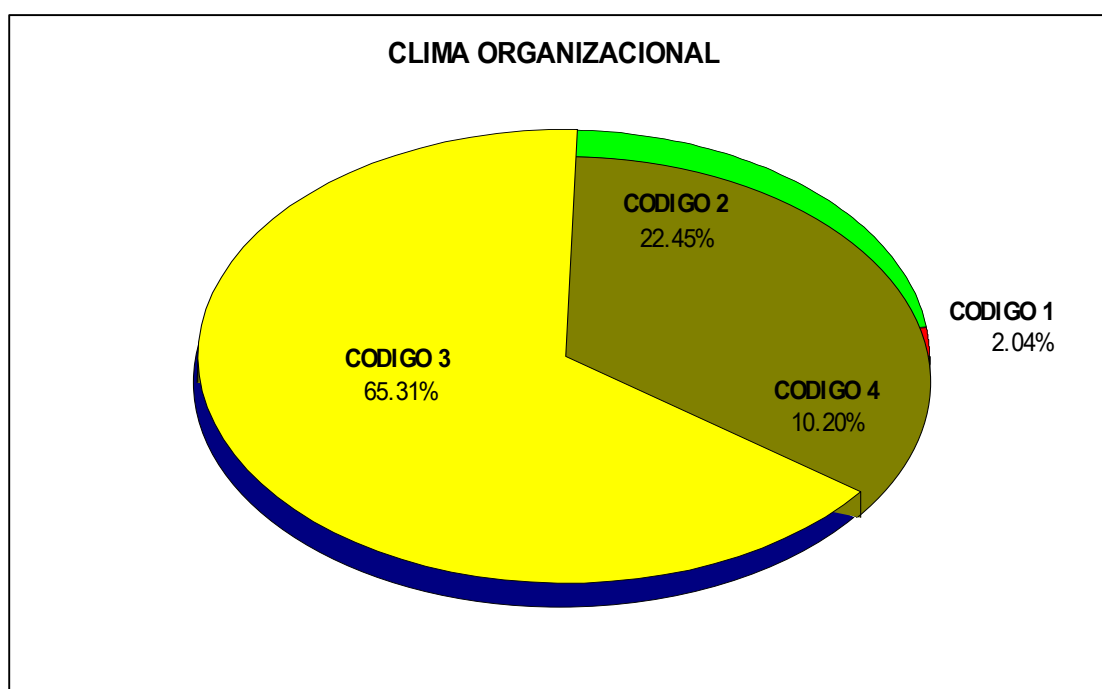
Habría que ahondar más en las dimensiones que forman parte de la cédula correspondiente, a saber: atención al público, oferta de servicios, comunicaciones, organización y método, apoyo informático, control de calidad, aprendizaje de gestión y

organización administrativa. Ello permitiría discriminar cuáles dimensiones requieren de una intervención urgente y cuáles tienen un desempeño menos deficiente.

Además, la percepción subjetiva del diseño del servicio al público es deficiente (promedio 4.19 y mediana 4.19). De hecho, la mayoría de los estudios sobre calidad del servicio conceptualizan como “mal servicio” las puntuaciones menores a 5 (en una escala de 1 a 7 como la utilizada en la cédula).

III. Clima Organizacional

El clima organizacional es positivo.



Código 1: Muy en desacuerdo; Código 2: En desacuerdo; Código 3: De acuerdo; Código 4: Muy de acuerdo (las afirmaciones fueron redactadas tanto positiva como negativamente, siendo recodificadas para el análisis como positivas).

La mayoría de los individuos estuvo de acuerdo o muy de acuerdo con afirmaciones positivas sobre el clima organizacional de su establecimiento. La mediana de medianas es igual a 3. Es decir, el 50% de los funcionarios puntúa de 3 a más y el 50% de 3 a menos, siendo 3 la frontera. Existe por tanto una evaluación positiva de aspectos tales como comunicación interna, motivación, manejo de conflicto, imagen de los jefes directos y otros aspectos contenidos en la definición operativa de clima organizacional.

IV. Opiniones y Creencias Individuales

Las opiniones y creencias individuales son muy positivas.

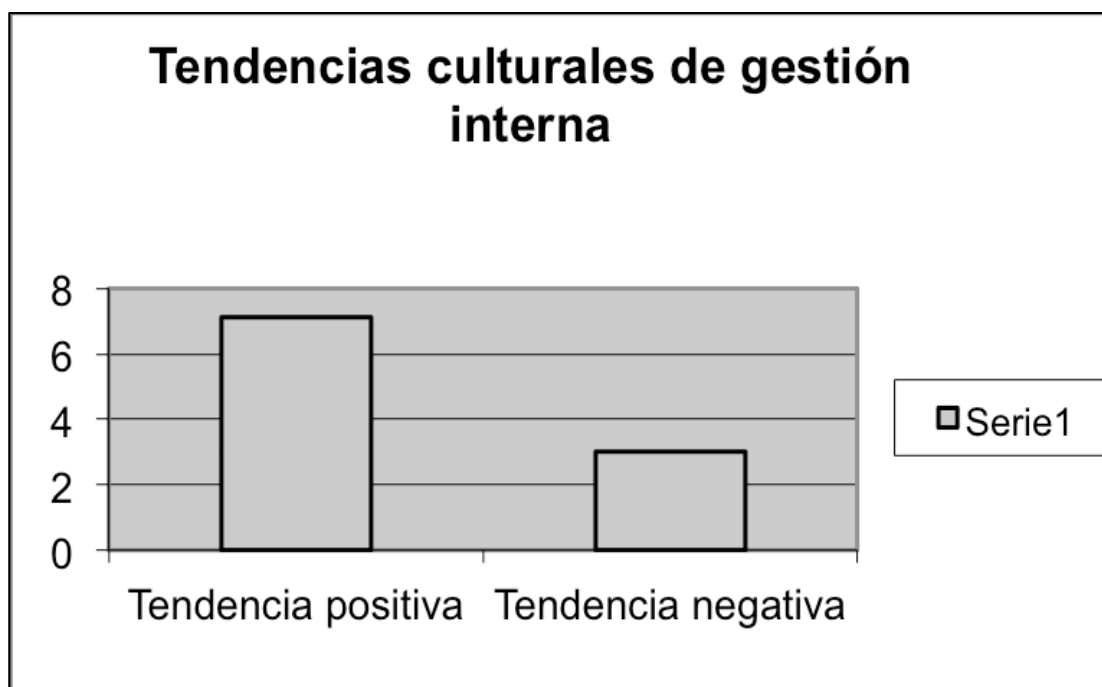


Los códigos son los mismos que para clima organizacional.

La mediana de medianas es igual a 4. Es decir, el 50% de los funcionarios puntúa de 4 a más y el 50% de 4 a menos, siendo 4 la frontera. Existen opiniones y creencias individuales sobre el trabajo muy positivas. La predisposición individual hacia el trabajo es muy positiva.

V. Tendencias Culturales de Gestión Interna

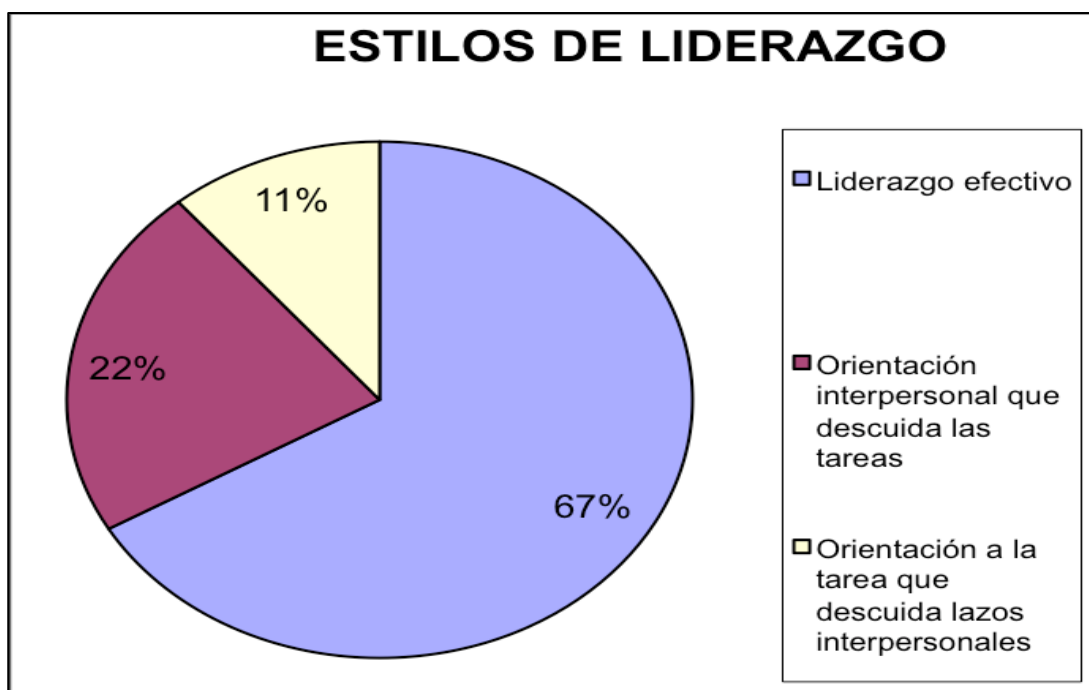
La cédula 5 fue respondida por individuos con jefatura y pretendía que éstos distribuyeran 10 puntos entre una concepción negativa de los subordinados y otra positiva (Teoría X-Y de McGregor). La media de medias respecto a la tendencia cultural de gestión interna negativa es baja. Es decir, en el rango de 0 a 10, la media de medias es igual a 3.016, lo que significa que las tendencias negativas obtienen puntuaciones bajas. Por el contrario, la media de medias respecto a la tendencia cultural de gestión interna positiva es alta. Es decir, en el rango de 0 a 10, la media de medias es igual a 7.115, lo que significa que las tendencias positivas obtienen puntuaciones altas.



La cultura de gestión tiende a concebir a los subordinados como personas creativas, capaces, responsables, proactivas y eficientes, entre otros rasgos positivos que condensa la escala.

VI. Estilos de Liderazgo

La cédula 6 exploró el estilo de liderazgo de los funcionarios con jefaturas en los establecimientos, detectando las alternativas de acción hipotéticas seleccionadas por ellos de un set de situaciones imaginarias de gestión directiva. El estilo de liderazgo de la mayoría de las jefaturas es efectivo, esto es, altamente orientado a relaciones interpersonales óptimas y altamente orientado al logro de metas. Sin embargo, debe considerarse que se trata de una autoatribución y no refleja necesariamente el curso o alternativa de acción que el individuo habría seleccionado en una situación concreta.



La interpretación es que en un 100% de situaciones de toma de decisión, las jefaturas seleccionan un curso de acción efectivo en un 67% de ellas, mientras que en un 22% de las situaciones seleccionan una alternativa de acción orientada a la relación interpersonal descuidando la tarea. Finalmente, en un 11% de los casos de toma de decisión las jefaturas escogen un curso de acción orientado exclusivamente a la tarea descuidando los aspectos de relación interpersonal.

VII. Análisis y Principales Conclusiones del Diagnóstico

El factor recursos humanos se desempeña favorablemente. La predisposición individual hacia el trabajo es muy positiva y la percepción de las funciones de su puesto también es muy positiva. El perfil es de funcionarios educados, en su mayoría mujeres, que han sido capacitados para desempeñar un puesto en el cuál llevan bastantes años. A pesar de que es una organización que retiene a sus miembros, existe un grupo importante de gente que une su incorporación más bien reciente con rangos de edad adulta, cuya experiencia vital constituye una materia prima a tomar en cuenta a la hora de iniciar alguna intervención.

El factor diseño del servicio al público es bastante deficiente y la percepción de parte de los funcionarios en su rol de clientes internos es deficiente. Tanto los indicadores objetivos que aluden a parámetros clásicos de calidad de servicio como los indicadores

subjetivos confirman el diagnóstico. Las consecuencias de ello son muy complejas de intervenir, aún más en la administración pública la que, como tal, se regula mediante el derecho público.

El factor gestión es positivo. El clima organizacional es positivo y las tendencias culturales de gestión exhibidas por sus directivos son positivas. Los estilos de liderazgo son fundamentalmente efectivos, que buscan el equilibrio óptimo entre la relación interpersonal y el logro de la meta, tan importante en una organización médica. Aún cuando el clima organizacional es positivo, es bastante mejor la opinión y creencias personales de sus miembros.

De acuerdo al esquema interpretativo propuesto al inicio de la consultoría, las organizaciones de salud – hospitales y consultorio- responderían a la dinámica de las organizaciones con tendencias erráticas, caracterizadas por un diseño deficiente que es reflatado constantemente por recursos humanos calificados y motivados, pero que no logran generar los cambios mínimos necesarios para rediseñar sus procesos internos, en parte por la naturaleza de sus mismos servicios, su código identitario (vida-muerte) y la complejidad del factor “tiempo”.

Problemas constitutivos: La carencia de un diseño adecuado hará difícil cualquier intento de generar sistemas de calidad para servir al usuario. Obviamente, la calidad del servicio se mide por la eficiencia en la producción del servicio que hace posible una atención o prestación a plena satisfacción del usuario. Si hay buen clima laboral y de gestión, además de recursos humanos adecuados, la percepción deficiente del modelo de calidad del servicio y la escasa visibilidad de indicadores objetivos son garantía suficiente para focalizar allí el “gran problema”.

Problemas emergentes: Un buen clima laboral es un producto psico - social precario. Depende más de los ánimos personales y contingentes del diario vivir que de una particular constelación de variables inelásticas. Afortunadamente, los establecimientos bajo estudio poseen cierta tendencia cultural que valora adecuadamente el desempeño de los subordinados, lo que ya es menos variable que la dimensión clima organizacional.

Sin embargo, son dos las principales alternativas o cursos de acción probables en un escenario como éste. Por una parte, la tendencia cultural de gestión positiva podría consolidar una dinámica de “omisión de culpas” y un contrato psicológico entre el

funcionario y la organización del tipo “se hace lo que se puede (según el diseño existente)”, sin jamás llegar a visualizar soluciones. Por otra parte, la reiteración de dificultades y procedimientos sin valor agregado a través del tiempo va dificultando las relaciones interpersonales que, de esta forma, logran ser permeables al factor diseño, especialmente en contextos de aumento de la demanda y la complejidad de ésta.

Propuesta general.

Principales debilidades a intervenir: Sin duda, el diseño del servicio al usuario y las consecuencias colaterales y no deseadas de un modelo que no puede responder a estándares mínimos de calidad. Un estudio más acabado o bien experiencias pilotos a pequeña escala de reingeniería podrían dar el conocimiento que se requiere para abordar un tema tan vasto y técnico. Sin embargo, es un proceso largo.

Principales modalidades:

Corto plazo: Capacitación en la perspectiva, filosofía y herramientas técnicas de la calidad del servicio; tema que habitualmente se ha confundido con capacitación en atención al cliente (la sonrisa), pero que raras veces se profundiza en dirección a la edificación, modelamiento y producción del servicio. Habría que sensibilizar sobre éstos tópicos, particularmente en las jefaturas de servicio y directivos superiores (aunque el nivel óptimo es, sin duda, el ministerial).

Mediano plazo: Experimentar a pequeña escala y en unidades gravitantes en el quehacer de los establecimientos, con programas de mejoramiento de diseño en todas las áreas (atención al público, oferta de servicios, comunicaciones, organización y método, apoyo informático, control de calidad, aprendizaje de gestión y organización administrativa) y con el involucramiento y participación de los funcionarios (que no es sinónimo de sobrecarga laboral).

Largo: Una mayor autonomía organizacional es fundamental en la perspectiva del desarrollo interno de gestión a largo plazo. Los obstáculos jurídicos, administrativos y las

rutinas son quizás la fuente mayor de las oscilaciones erráticas entre la esperanza absoluta y la frustración aprendida.

CODIGOS SERVICIOS: CATEGORÍAS FINALES (INFORME)

CATEGORÍAS FINALES	CATEGORÍAS ORIGINALES
1: Servicios médicos quirúrgicos	6-7-11-19-21-42-45
2: Apoyos clínicos	8-12-17-24-25-31-32-34
3: Servicios médicos no – quirúrgicos	1-2-5-14-15-18-20-22-26-28-29-36-37-40-41-43-44-46-49-50
4: Apoyos logísticos	3-10-16-23-38-39
5: Administración	4-9-13-27-30-33-35-47-48-51-52-53-54

CODIGOS SERVICIOS: CATEGORÍAS ORIGINALES (BASE DE DATOS)

NOMBRE SERVICIO	COD.	NOMBRE SERVICIO	COD.
Salud del ambiente	1	Servicio dental	28
Traumatología	2	Especialidad	29
Servicios generales	3	Jardín infantil	30
Administrativos	4	Esterilización	31
Gineco-obstetricia	5	Enfermería	32
Medicina	6	Informaciones	33
Maternidad	7	Apoyo	34
Imagenología	8	Admisión	35
Personal	9	Control niño sano	36
Movilización	10	Salud pública	37
Pediatría-Neonatología	11	Caldera	38
Farmacia y prótesis	12	Mantenimiento	39
Servicio social	13	Programa adulto	40
Policlínico	14	Riesgo cardiovascular	41

Gastroenterología	15	Crónicos	42
Alimentación-nutrición	16	Morbilidad adultos	43
Laboratorio – Banco de sangre	17	Programa adolescente	44
Programa IRA	18	Pabellón quirúrgico	45
Cirugía	19	Centro salud mental	46
Pensionado	20	Dirección	47
Urgencia	21	Estadística	48
Kinesioterapia- Rehabilitación	22	Rural de zona	49
Lavandería	23	Unidad medicina general	50
Rayos X	24	Contabilidad	51
Infecciones intrahospitalarias	25	Recaudación	52
Clínica-servicios clínicos	26	Subdirección administrativa	53
SOME	27	Ofa	54

Anexo 13 Consolidado del reporte de informática.

A continuación se describirá una síntesis de los aspectos más relevantes obtenidos en los diagnósticos informáticos de los EPH.

CONCLUSIONES

Se contó con la colaboración del Dr. Carlos Cares, Universidad de La Frontera.

Este documento se encuentra en el contexto de un estudio diagnóstico, de la situación informática, en cinco establecimientos de salud de la IX Región, ellos son: Consultorio Miraflores, Hospital de Victoria, Hospital de Nueva Imperial, Hospital de Puerto Saavedra y el Hospital de Villarrica.

También se presenta, la metodología diseñada para el diagnóstico, los resultados de la aplicación de la tecnología, el resultado del estudio para cada establecimiento y también un diagnóstico global.

Las principales conclusiones del diagnóstico dicen relación con una carencia importante en el tema de un delineamiento informático estratégico que, se refleja en múltiples situaciones no recomendadas en el ámbito informático. Se concluye con un delineamiento de una solución y una aproximación muy gruesa a los costos relacionados.

MARCO DEL ESTUDIO.

Este estudio está circunscrito al proyecto de NORMALIZACION llevado a cabo por la Dirección del Servicio de Salud Araucanía Sur. Este estudio involucra en una primera etapa a los siguientes establecimientos de salud de la IX Región: (a) Consultorio Miraflores de Temuco, (b) Hospital de Nueva Imperial, (c) Hospital de Puerto Saavedra, (d) Hospital de Victoria y (e) Hospital de Villarrica.

Dentro de este proyecto se ha considerado que, uno de los aspectos relevantes que influyen en la calidad del servicio, es el grado de informatización de los establecimientos

de salud. Por este motivo se ha considerado necesario ampliar el espectro del diagnóstico también a este ámbito.

OBJETIVO DEL DIAGNÓSTICO.

El objetivo del estudio es levantar un diagnóstico técnico, de la infraestructura informática de los cinco establecimientos de salud involucrados en este proyecto, así como también el establecer el nivel de inserción del apoyo informático en la operación de las funciones propias de cada establecimiento de salud. En todos estos aspectos se esperan no sólo juicios respecto de la infraestructura y su funcionamiento sino también cuantificaciones que permitan la comparación de los establecimientos, ya sea entre ellos o contra un parámetro general de "situación ideal".

Adicionalmente se solicitó identificar bosquejos de solución para las áreas que se consideren deficitarias en el ámbito informático.

METODOLOGÍA.

La metodología para lograr los objetivos propuestos se basan en inspecciones a los computadores en cada uno de los establecimientos además de entrevistas a las personas que utilizan herramientas informáticas en los establecimientos de salud.

Una vez recopilada la información será sistematizada en diversas tablas y se podrán realizar cuantificaciones y cualificaciones que permitan realizar comparaciones de las situaciones obtenidas.

En cuanto a la presentación de este informe, se han hecho los esfuerzos para que sea entendido por cualquier persona, sin necesidad de ser un conocedor de los temas informáticos. Por este motivo se incluyen explicaciones que, a más de algún experto podrán impacientar, pero que son consideradas absolutamente necesarias para lograr una comprensión de los temas aquí tratados.

INFRAESTRUCTURA INFORMÁTICA.

Este estudio comprende el diagnóstico de la Infraestructura informática, por esta razón consideramos necesario dejar claro la cobertura de este concepto. Consideraremos que los componentes básicos de la Infraestructura Informática son:

- Hardware,
- Software,
- Telecomunicaciones,
- Recurso Humano, y
- Organización Informática

Cada uno de estos aspectos se analiza a continuación exhibiendo los tópicos que resultan más reveladores respecto de la situación encontrada en cada uno de los establecimientos de salud analizados.

ESTUDIO COMPARATIVO

La disparidad en los valores de los datos obtenidos, en el sentido que no son estables en ninguno de los ítems, no permite obtener conclusiones de relativa importancia, por ejemplo, en cantidad de personas por computador, podemos señalar que, 25 personas por computador es excesivo, pero no es posible deducir, con los datos analizados si existe aquí una carencia de infraestructura computacional o un exceso de personas. Si los datos fueran estables, es decir que tres establecimientos muestran valores similares, se podría hacer el supuesto que, teniendo dichos establecimientos una dotación de personal adecuada, faltan (o sobran computadores) pero, con las cifras obtenidas aquí, no sería concluyente realizar una afirmación de este tipo. Sin embargo es posible realizar una comparación en términos absolutos, particularmente en los indicadores, cada Dirección de establecimiento, conociendo su propia realidad, confiamos, podrá interpretar adecuadamente la información que se entrega. Esto se muestra en los gráficos 44, 45.

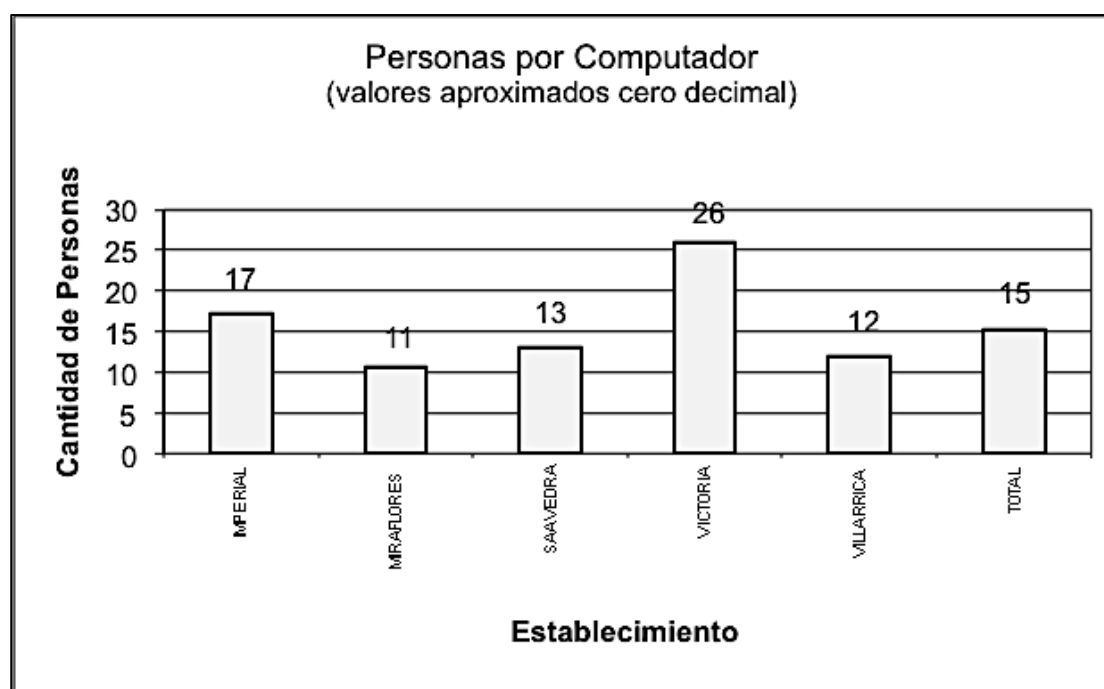


Gráfico 44. Fuente: Diagnóstico Informático

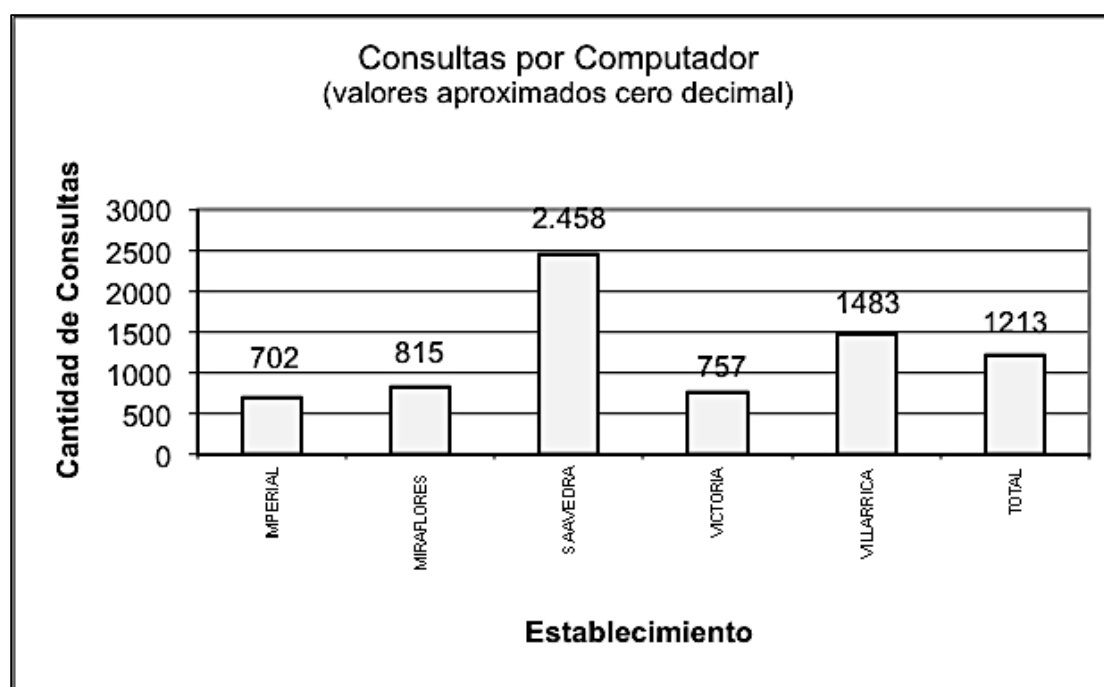


Gráfico 45. Fuente: Diagnóstico Informático.

SOFTWARE

SOFTWARE DE PROPÓSITO GENERAL.

Respecto del software de propósito general se encontraron diversos productos en las visitas a los establecimientos de salud, los productos corresponden principalmente a tres empresas, Corel, IBM y Microsoft, los productos corresponden en general a procesadores de texto (WordPerfect, Word), planillas electrónicas (Excel, Qpro), pequeños administradores de Bases de Datos (Access, BD Borland) y otros paquetes que integran al menos planillas electrónicas y procesadores de texto (SmartSuite, Works, StarOffice). Con la información recogida en terreno se elaboró el gráfico 49, que muestra el porcentaje total de uso de cada producto, considerando los cinco establecimientos analizados.

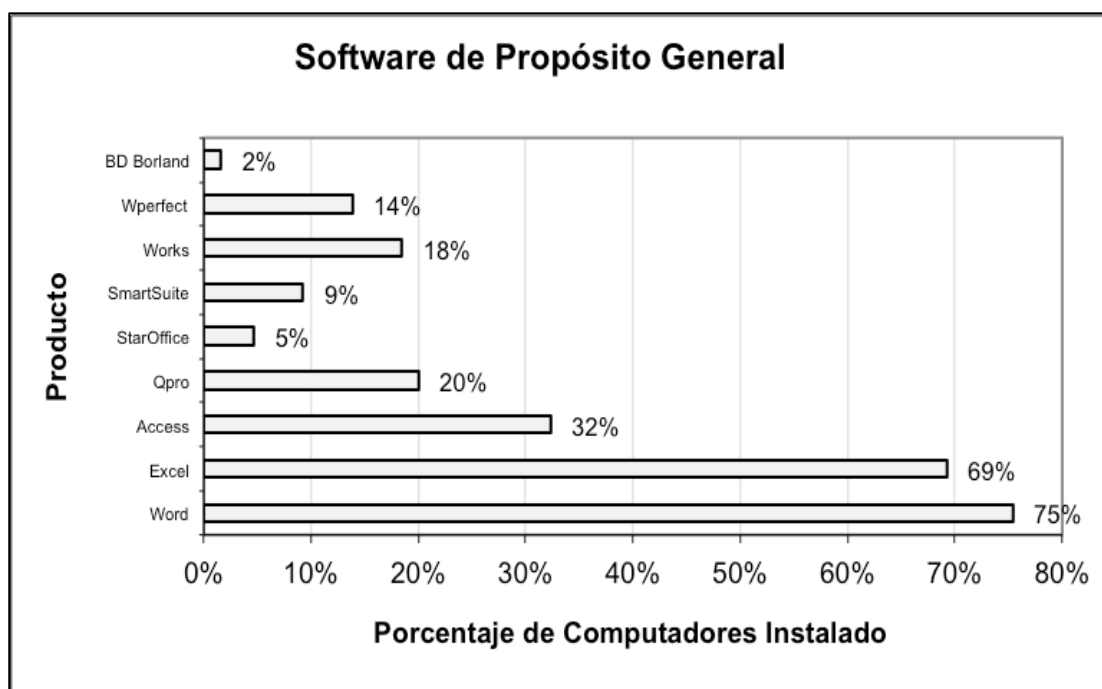


Gráfico 49. Fuente: Diagnóstico Informático.

Claramente se aprecia que no existe una decisión en cuanto a software de propósito general. Una posible justificación práctica de ello es que la diversidad en cuanto a capacidad de los computadores (obsolescencia) significa que varios de ellos no tienen capacidad para soportar las versiones más actualizadas y se recurre a otros programas de propósito general principalmente como alternativa para computadores con menos capacidad, desplazando así criterios como funcionalidad, capacitación previa y otros criterios adicionales que se toman en cuenta a la hora de decidirse por productos de esta

familia. Sin embargo también hay casos donde productos de características similares están instalados en el mismo computador, esta situación se muestra para productos como procesadores de texto y planillas electrónicas se muestran en los gráficos 50 y 51.

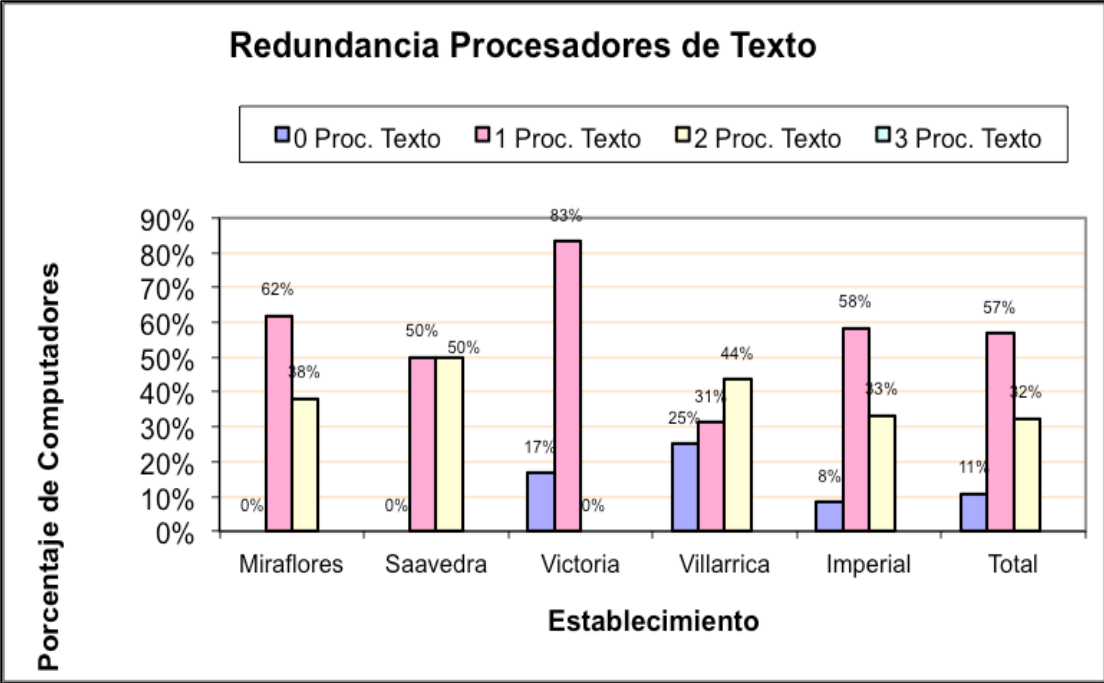


Gráfico 50. Fuente: Diagnóstico Informático

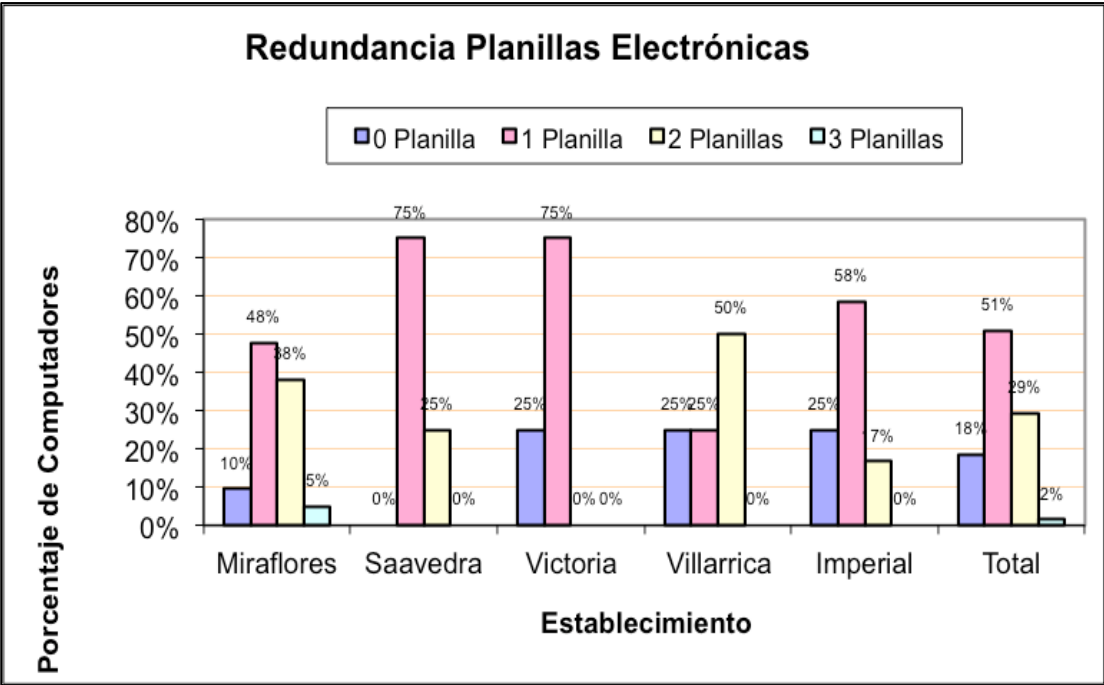


Gráfico 51. Fuente: Diagnóstico informático

Aunque la existencia de diferentes productos de software de propósito general se pueden justificar en la diferencia del hardware esta justificación deja de ser válida cuando hablamos del mismo equipo. En este caso los gráficos de redundancia muestran como, en promedio para el sistema, es de 32% para el caso de los procesadores de texto y 29% para las planillas electrónicas, la interpretación que se le puede dar a este hecho es simplemente la carencia, en la práctica, de decisiones en cuanto a plataformas de software de propósito general. Adicionalmente es necesario destacar que dicha decisión es de nivel estratégico más que de nivel técnico, entonces no es para sorprenderse que justamente sea el Hospital de Villarrica y luego el de Miraflores, es decir, aquellos establecimientos con soporte y desarrollo de software local los que presentan los porcentajes más altos de redundancia (50% y 38% respectivamente).

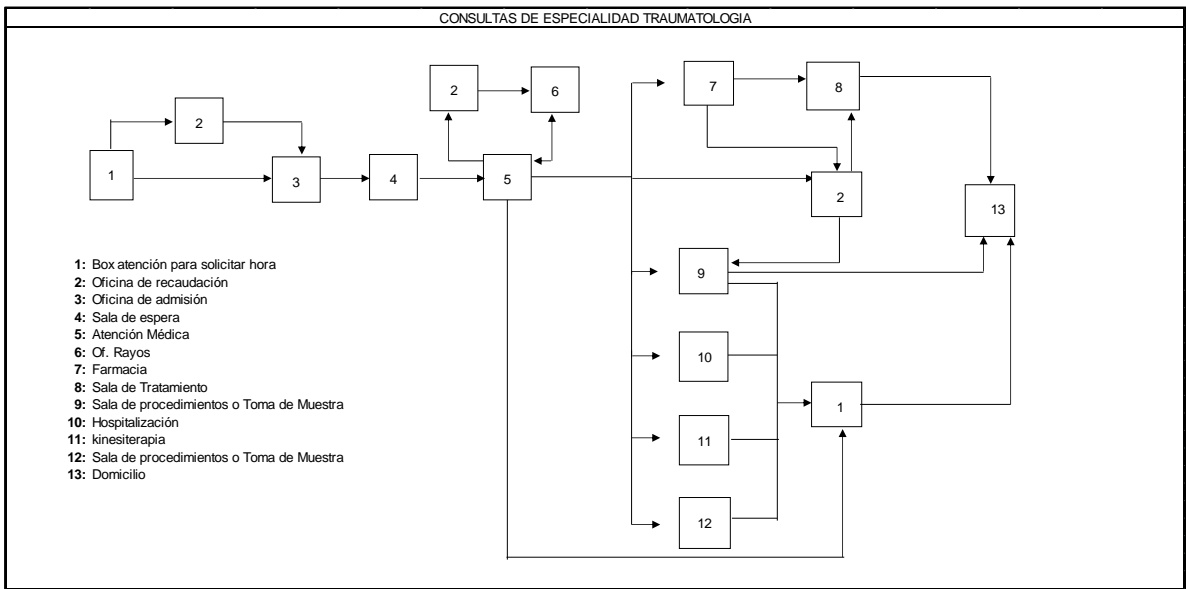
CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO

Se puede observar la carencia de un diseño informático global en el Sistema de Salud de la IX Región, esto se manifiesta en:

- Falta de políticas y procedimientos en temas de circuitos eléctricos y sistemas de respaldo eléctrico y de datos.
- La no existencia de plataformas comunes para el trabajo de oficina, reflejado en la redundancia en software de propósito general.
- El bajo desarrollo de las telecomunicaciones de datos, reflejadas en la baja infraestructura de redes y en la subutilización de la que existe.
- La no regulación del tema de desarrollo de software permitiendo la existencia de múltiples productos en múltiples plataformas.
- La redundancia de la función de desarrollo de software (y potencialmente la de recurso humano) radicada en unidades distintas del mismo servicio.
- La subutilización del recurso informático existente, reflejada en la destinación varias veces cuestionable de equipamiento en los establecimientos objetivo de este estudio.
- La inexistencia de un plan para abordar el tema de la adopción legal de licencias de software.

- La existencia de múltiples iniciativas externas (GTZ, FONASA, UNI, Telemedicina, etc.) que impactan el ámbito informático sin mayor control sobre ellas.
- Existen áreas administrativas y de atención de público que mejorarían ostensiblemente su rendimiento de contar con herramientas informáticas adecuadas (controles de inventarios, fichas de pacientes, control de derivaciones, entre otros).

Anexo 14 Procesos hospitalarios bajo enfoque origen-destino de pacientes (ejemplo)



Fuente : Basado en estudios EPH

